



Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas

Manuel Isorna Folgar
David Saavedra Pino
(Coords.)

**Prevención de
drogodependencias
y otras conductas
adictivas**

Coordinadores

MANUEL ISORNA FOLGAR

TÉCNICO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
DEL AYUNTAMIENTO DE CATOIRA.
PROFESOR ASOCIADO EN LA FACULTAD DE EDUCACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE VIGO

DAVID SAAVEDRA PINO

TÉCNICO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
EN LAS COMARCAS DE NOIA-MUROS

Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas

EDICIONES PIRÁMIDE

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Manuel Isorna Folgar y David Saavedra Pino (coords.), 2012

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN: 978-84-368-2783-5

Relación de autores

Julio Álvarez Fariñas

Periodista especializado en delincuencia organizada

Pedro Araos Gómez

Unidad de Neuropsicofarmacología. Instituto. IBI-MA, Hospital Carlos Haya de Málaga

Ramón Arce Fernández

Catedrático de Psicología. Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela

F. Javier Ayesta

Catedrático de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Cantabria

Ana María Bermejo Barrera

Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Montserrat Calado

Unidad de Neuropsicofarmacología. Instituto IBI-MA, Hospital Carlos Haya de Málaga, y Servicio de Neurología, Hospital Virgen Macarena de Sevilla

María Dapía Conde

Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento AIPSE. Universidad de Vigo

José María Faílde

Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento AIPSE. Universidad de Vigo

Francisca Fariña Rivera

Catedrática de Psicología. Departamento de AIPSE. Universidad de Vigo

M.^a Jesús García Blanco

Médico. Especialista en tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Responsable del Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco

Josefa Gómez Moya

Doctora en Sociología. Universidad de Valencia

Ernesto Eduardo González

Centro Argentino de Prevención Laboral en Adicciones (CAPLA)

Juan Manuel González de Audikana de la Hera

Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto

Manuel Isorna Folgar

Técnico del Plan de Prevención de las Drogodependencias de los ayuntamientos de Catoira, Dodro, Padrón, Pontecesures, Rois y Valga. Profesor Universidad de Vigo. Facultad de Ciencias de la Educación (Departamento Análisis e Intervención Psicológica y Socioeducativa)

M.^a Teresa Laespada Martínez

Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto

Sonia Moncada

Jefa de Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Miguel del Nogal

Psicólogo. Programa de Drogas de Cruz Roja Española de Madrid

Mercedes Novo Pérez

Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela

Míriam Otero Requeijo

Psicóloga. Especialista en tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Servicio de Trastornos Adictivos. Xunta de Galicia

María Parada Iglesias

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

Adrián Pereiro García

Facultad de Farmacia. Universidad de Santiago de Compostela

César Pereiro Gómez

Psiquiatra. Unidad Asistencial de Drogodependencias A Coruña

Celia Prat Pérez

Jefa del Equipo de Formación y Eventos. FAD

Míriam Rodríguez

Facultad de Farmacia. Universidad de Cantabria

Jésica Rodríguez Czaplicki

Psicóloga y psicopedagoga. Técnica del Plan de Prevención de las Drogodependencias de los ayuntamientos de Catoira, Dodro, Padrón, Pontecesures, Rois y Valga

Miguel Ángel Rodríguez Felipe

Subdirector Estudios y Programas. FAD

Fernando Rodríguez de Fonseca

Unidad de Neuropsicofarmacología. Instituto IBI-MA, Hospital Carlos Haya de Málaga

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro

Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

David Saavedra Pino

Trabajador social. Técnico en prevención de drogodependencias del ayuntamiento de Noya

Lorenzo Sánchez Pardo

Director técnico Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos

Dolores Seijo Martínez

Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela

M.^a Jesús Tabernero Duque

Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Carolina Tinaut Mendieta

Psicóloga especialista en adicciones

José del Val Carrasco

Dirección General para el Plan Nacional sobre Drogas. Centro de Documentación e Información

José Antonio Vázquez Taín

Juez titular del Juzgado de Instrucción número 2 de Santiago de Compostela

Víctor José Villanueva Blasco

Profesor asociado de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel. Universidad de Zaragoza

Índice

Prólogo (<i>Amador Calafat Far</i>)	21
1. Los dineros de la droga (<i>José Antonio Vázquez Taín</i>)	23
1. Mitos y realidades	23
2. Las ganancias de la coca	23
3. Las grandes cifras	25
4. Menudeo y supervivencia	25
5. Nuevo perfil de consumidor	26
6. Fijemos los gastos de un consumidor	27
7. El gran tráfico	28
8. Los sistemas de blanqueo	30
9. El caso gallego	31
10. El papel del sector financiero	32
11. El blanqueo y la economía legal	33
2. La ley de la oferta y la demanda (<i>Julio Álvarez Fariñas</i>)	35
1. La geopolítica de las drogas	35
2. Estrategia impuesta	37
3. Más consumo	37
4. La falacia de las estadísticas	37
5. Oligopolio	38
6. Los nuevos vicios de la vieja Europa	38
6.1. Las drogas sintéticas	40
6.2. La heroína	42
6.3. La empresa cocaína	43
7. Los cárteles colombianos	45
8. El mercado europeo: España, la puerta de entrada	47
9. Las rutas	49
10. La distribución en Europa	52
11. Y como respuesta, voluntarismo	52
3. Repercusiones y consecuencias del consumo de tabaco. ¿Cómo intervenir en tabaquismo? (<i>M.^a Jesús García Blanco y Míriam Otero Requeijo</i>)	55
1. Magnitud del problema	55

2.	Datos epidemiológicos	56
3.	Tabaquismo pasivo	58
4.	Tabaco y enfermedad	58
4.1.	Enfermedades cardiovasculares	58
4.2.	Tabaco y cáncer	59
4.3.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).....	59
4.4.	Otras enfermedades respiratorias	59
4.5.	Tabaco y mujer	59
5.	Beneficios del abandono	60
5.1.	Beneficios del abandono en las mujeres	60
5.2.	Beneficios estéticos y otros	62
6.	Conceptos clave para hacer una correcta intervención en tabaquismo	62
6.1.	Concepto de dependencia a la nicotina	62
6.2.	Asociación de estímulos	62
6.3.	Sintomatología de abstinencia	63
6.4.	Automatismo	63
6.5.	Cómo son las ganas de fumar	63
7.	¿Cómo intervenir en tabaquismo?	63
8.	Resumen de la evidencia	64
9.	Directrices basadas en la evidencia: «las 5 As»	66
10.	Herramientas farmacológicas útiles	72
11.	Aumento de la motivación	72
12.	Otras herramientas	73
4.	Consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol (María Parada) ...	75
1.	Consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol en la edad adulta	75
1.1.	Alteraciones estructurales	75
1.2.	Alteraciones funcionales	76
1.2.1.	Estudios con neuroimagen funcional	76
1.2.2.	Estudios psicofisiológicos	77
1.2.3.	Estudios neuropsicológicos	78
1.3.	Hipótesis explicativas de los déficits neuropsicológicos asociados al alcoholismo	79
1.3.1.	Hipótesis de la sensibilidad diferencial del hemisferio derecho ...	79
1.3.2.	Hipótesis del daño cerebral difuso	80
1.3.3.	Hipótesis del daño frontal	81
1.3.4.	Hipótesis de la implicación del circuito frontocerebelar	81
2.	Consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol en la adolescencia	82
2.1.	Alteraciones estructurales	83
2.2.	Alteraciones funcionales	84
2.2.1.	Estudio con neuroimagen funcional	84
2.2.2.	Estudios neuropsicológicos	85
5.	Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cannabis (Fernando Rodríguez de Fonseca, Montserrat Calado y Pedro Araos)	89
1.	Neurobiología de la adicción al cannabis	89

1.1.	El cannabis como droga de abuso: la dimensión del problema	89
1.2.	Neurofarmacología del cannabis: el sistema cannabinoide endógeno	89
1.3.	Bases neurobiológicas de la adicción al cannabis	93
2.	Consecuencias neurobiológicas del consumo de cannabis	95
2.1.	Toxicidad aguda del cannabis	96
2.2.	Exposición crónica a cannabis: cannabis y desarrollo cerebral	96
2.3.	Cannabis y enfermedad mental	98
2.4.	Efectos del cannabis sobre las funciones ejecutivas	100
2.5.	Cannabis y memoria	100
3.	Dependencia del cannabis y policonsumo asociado	101
3.1.	Dependencia del cannabis	101
3.2.	Cannabis y policonsumo	101
4.	Conclusiones	102
6.	Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de opiáceos (César Pereiro Gómez y Adrián Pereiro García)	103
1.	Introducción	103
1.1.	El uso de opiáceos en la historia: alivio y plaga a la vez	103
1.2.	El consumo de opiáceos: historia de una gran epidemia	103
2.	Características farmacológicas de los opiáceos	105
2.1.	Receptores opioides y opioides endógenos	106
2.2.	Efectos farmacológicos de los opioides agonistas	107
2.3.	Efectos farmacológicos de los opioides agonistas-antagonistas	109
2.4.	Efectos farmacológicos de los agonistas parciales	109
2.5.	Efectos farmacológicos de los antagonistas puros	110
2.6.	Otras características farmacológicas	110
3.	El consumo problemático de opioides en la actualidad	112
4.	El tratamiento con sustitutivos como principal esperanza	114
7.	Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cocaína y éxtasis (Ana M.^a Bermejo Barrera y M.^a Jesús Tabernero Duque)	117
1.	Introducción	117
2.	Fases del consumo	119
2.1.	Consumo agudo	119
2.2.	Consumo crónico	119
2.3.	Abstinencia aguda	120
2.4.	Abstinencia a largo plazo (recaída)	120
3.	Éxtasis	121
3.1.	Efectos neurotóxicos inmediatos	122
3.2.	Efectos tardíos	123
3.3.	Potencial adictivo	125
4.	Cocaína	125
4.1.	Características de la cocaína	125
4.2.	Modo de consumo	126
4.3.	Efectos	126
4.4.	Riesgos y consecuencias del consumo	129

8. Diseño, planificación, gestión y coordinación de los programas de prevención de drogodependencias (<i>Lorenzo Sánchez Pardo</i>)	131
1. Introducción	131
2. La planificación de la acción preventiva	132
2.1. Evaluación de necesidades	132
2.2. Selección de la estrategia de intervención	137
2.3. Programación de la intervención	137
2.4. Ejecución del programa	139
2.5. Evaluación del programa	139
2.6. Reprogramación	144
3. La relevancia de la evaluación de los programas de prevención	145
4. La coordinación en los programas de prevención	146
9. Estrategias en prevención (<i>Sonia Moncada</i>)	149
1. Introducción	149
2. ¿Qué entendemos por estrategias de prevención de las drogodependencias? ..	149
3. Tipos de estrategias en prevención de las drogodependencias	150
4. La evaluación de las estrategias preventivas: diferente nivel de calidad de la evidencia	152
5. La evidencia de la efectividad de las diferentes estrategias preventivas	154
5.1. Las campañas de prevención de las drogodependencias	154
5.2. Los programas comunitarios	157
5.3. Prevención ambiental: las estrategias de protección y control	158
5.4. La prevención escolar	159
5.5. La estrategia de generación de alternativas: los programas de ocio alternativo	163
6. Conclusiones finales	164
10. Evidencia científica sobre la efectividad de las estrategias de influencia o informativas en relación con la prevención de los consumos de drogas (<i>Miguel Ángel Rodríguez Felipe y Celia Prat Pérez</i>)	165
1. Introducción	165
2. Estrategias de influencia: campañas de publicidad	165
3. Estrategias de influencia: actuaciones informativas	167
4. Conclusiones	170
11. Publicidad institucional y drogodependencias (<i>José del Val Carrasco</i>)	173
1. Introducción	173
2. Características de las campañas	174
3. Análisis de las campañas	176
4. ¿Estas campañas de prevención son efectivas para reducir el consumo?	178
5. Conclusión	181

12. Prevención efectiva de las drogodependencias en la escuela (<i>Manuel Isorna Folgar</i>)	183
1. Magnitud y características del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza secundaria en España	183
1.1. Diferencias intersexuales en el consumo de drogas	183
1.2. Edad media de inicio en el consumo	184
1.3. Diferencias en el consumo por edad	184
1.4. Riesgo percibido	185
1.5. El policonsumo de sustancias psicoactivas	186
1.6. Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias	186
2. Repercusiones a corto-largo plazo de esta situación en nuestros jóvenes	187
3. Estado actual de la prevención en el sistema educativo	188
4. Programas de prevención universal efectivos en la escuela: prevención basada en la evidencia	191
4.1. Bases para la implementación de programas preventivos en la escuela	192
4.1.1. Según la metodología: programas interactivos, orientados a la actividad	192
4.1.2. Sesiones de repetición	193
4.1.3. Sesiones de recuerdo	194
4.1.4. Mantenimiento de los efectos	194
4.1.5. Según los contenidos a desarrollar	194
4.1.6. Edad de los sujetos: momento ideal de las intervenciones	196
4.1.7. Orientar las acciones al cambio de conducta más que al conocimiento y/o las actitudes	196
4.1.8. Dirigidos al multiconsumo de sustancias o al consumo de una sola sustancia	197
4.1.9. Interacción con iguales/líderes iguales	198
4.1.10. Programas basados en la escuela que involucran a los padres/madres	198
4.2. Aspectos para la implementación y estructura que han resultado efectivos en los programas de prevención de drogodependencias en la escuela	200
5. Mejores prácticas que se difunden en la Unión Europea	201
6. Prevención escolar en España en la actualidad	201
6.1. Programas estructurados de prevención aplicados en el aula	201
6.2. Actividades puntuales y extraescolares en los centros escolares	202
7. Programas preventivos dirigidos a la escuela	203
13. Evidencia científica de los programas de prevención del consumo de tabaco (<i>Miriam Rodríguez y F. Javier Ayesta</i>)	211
1. Introducción: desnormalizar, la palabra clave	211
1.1. Objetivos de la promoción	211
1.2. Objetivos preventivos	213
1.3. Una aparente paradoja	215
2. Epidemiología del consumo de tabaco	216
2.1. Prevalencia de consumo en España	216
2.2. Comparación con otros países	219

2.3. Colectivos con mayor prevalencia de consumo	220
3. Medidas eficaces para disminuir la prevalencia poblacional de consumo	224
3.1. Incremento de los impuestos	224
3.2. Restricciones de la publicidad, promoción y patrocinio	226
3.3. Protección frente al humo ambiental de tabaco	229
3.4. Advertir de los riesgos	230
3.5. Ayudar a dejar de fumar	231
3.6. Monitorización	232
4. Intervención específica en adolescentes	232
4.1. Ejemplos de programas existentes	233
4.2. Características de los mejores programas preventivos	235
14. Estrategias eficaces en programas de prevención del consumo de alcohol (<i>Jésica Rodríguez Czaplicki y Josefa Gómez Moya</i>)	237
1. Introducción	237
2. Definiendo el alcohol	238
2.1. Tipos de bebidas alcohólicas, grados de alcohol y consumo de riesgo .	238
3. Características del consumo de alcohol	239
4. El proceso de la dependencia	240
4.1. Tolerancia y dependencia	240
4.2. Síndrome de abstinencia	241
5. Por qué se consume alcohol	241
6. La prevención del consumo de alcohol	241
6.1. La importancia del punto de partida	242
6.2. Los objetivos	242
6.3. La teoría de partida	242
6.4. Tipos de programas preventivos	245
6.5. Ámbitos de prevención	246
6.6. Fases de un programa de prevención eficaz y efectivo	247
6.7. Componentes y características de un programa efectivo de prevención del abuso de alcohol	248
7. El consumo de alcohol desde una perspectiva de género	249
7.1. Salud y género	249
7.2. Mujeres y patrones de consumo de alcohol	250
7.3. Cambios sociales y culturales: en la base de la prevención	251
8. Visibilidad legal como prevención	252
9. Estilos de vida saludables como medida preventiva	253
10. Algunos ejemplos de programas preventivos	254
15. La evidencia científica en la prevención del consumo de cannabis (<i>Manuel Isorna Folgar</i>)	257
1. Introducción	257
2. Efectos y consecuencias del consumo de cannabis en los jóvenes	257
3. Factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis y el desarrollo de dependencia	262

4.	El movimiento procannabis	265
4.1.	Desarrollo del movimiento procannabis en España	266
4.2.	Del movimiento procannabis a los <i>Grow Shop & Smartshop</i>	267
5.	El discurso legitimador y sus contradicciones	270
5.1.	Consumir cannabis es de rebeldes y demuestra que estás en contra del «sistema»	270
5.2.	La neutralidad científica y política: «ser de derechas o de izquierdas»..	271
6.	Las expectativas asociadas al consumo de cannabis: mitos y creencias	272
6.1.	Consumir cannabis es ecológico porque sale de una planta: el autocultivo	272
6.2.	El cannabis no perjudica la salud ni crea adicción	274
6.3.	Consumir cannabis no es perjudicial porque tiene poder terapéutico ...	275
6.4.	Consumir cannabis te hace más sociable y más creativo	276
6.5.	Lo recetan los médicos en Estados Unidos	277
6.6.	Consumiendo cannabis te diviertes más/te relajas	278
6.7.	La droga de la diversidad y del desarrollo de Marruecos	278
7.	Prevención del consumo de cannabis entre los más jóvenes	278
7.1.	El cambio de la percepción normativa como objetivo para la prevención	278
7.2.	Características de las prácticas preventivas en relación con el cannabis	279
7.3.	Medidas educativas	280
7.4.	Medidas familiares	283
8.	Prevención ambiental: normativas y políticas reguladoras	284
9.	Programas	285
16.	Evidencias en la prevención familiar (Miguel del Nopal)	289
1.	Por qué trabajar con las familias. Una declaración de intenciones	289
2.	Evidencias científicas en la prevención familiar	289
3.	Prevención del consumo de drogas en menores	290
3.1.	Cómo prevenir que mi hijo consuma drogas	290
3.2.	Los factores de riesgo y los factores de protección	291
3.3.	Los entornos del joven/adolescente	294
4.	Dudas ¿razonables?	295
4.1.	La sospecha y la duda	295
4.2.	Cómo detectar el consumo de drogas en mi familiar: qué hacer y qué no hacer	296
5.	Reconocimiento de que tengo un problema	297
5.1.	Reglas para abordar al familiar que no quiere acudir a tratamiento	298
6.	Asistencia (tratamiento)	299
6.1.	Efectivamente, mi familiar consume drogas	299
6.2.	¿Dónde acudir?	300
6.3.	El proceso de tratamiento	300
6.4.	La importancia del acompañamiento en todo el proceso	300
7.	La relación con el familiar drogodependiente	300
7.1.	La tríada perversa: sobreproteccionismo, crítica y hostilidad	301
7.2.	Situaciones difíciles	301
8.	Para obtener más información	304

17. De las necesidades de los menores a la intervención: un programa con menores en riesgo de desestructuración familiar <i>(Francisca Fariña Rivera, Ramón Arce Fernández, Mercedes Novo Pérez y Dolores Seijo Martínez</i>	305
1. Introducción	305
2. Impacto de la ruptura en los hijos	305
2.1. Alteraciones físicas	306
2.2. Alteraciones psicoemocionales	309
2.3. Comportamientos antisociales y de riesgo	310
3. Intervención psicoeducativa	311
3.1. Programa «Ruptura de pareja, no de familia»	312
3.1.1. Modalidad programa breve «Ruptura de pareja, no de familia»	312
3.1.2. Modalidad programa largo «Ruptura de pareja, no de familia». Intervención grupal con adultos y menores.....	313
4. Conclusiones	317
18. La prevención selectiva en el ámbito educativo y las buenas prácticas <i>(Juan Manuel González de Audikana de la Hera y M.^a Teresa Laespada Martínez)</i>	319
1. Introducción	319
2. El avance que supone el concepto de prevención selectiva	321
3. La determinación de poblaciones objeto de una intervención selectiva	328
4. Factores de riesgo relevantes para una intervención de prevención selectiva de orientación psicoeducativa y socioeducativa en los PCPIS	331
4.1. Factores de riesgo personales	332
4.2. Factores de riesgo relacionales (microsociales)	334
5. Los modelos teóricos construidos a partir de la influencia e interacción de varios factores	335
5.1. Consideraciones finales: elementos relevantes para nuestra área de intervención	338
6. Definición operativa y fundamentos de los proyectos de prevención selectiva de orientación psicoeducativa y socioeducativa en los PCPIS	340
7. Acciones desarrollados en los proyectos de prevención selectiva y su valoración	346
8. Las buenas prácticas en los proyectos de prevención selectiva	346
19. Programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basados en pruebas (evidence) <i>(Pedro Manuel Ruiz-Lázaro)</i>	347
1. Introducción	347
2. Tipos de programas de prevención	348
2.1. Prevención primaria	348
2.2. Prevención secundaria	350
3. Historia de la prevención de los TCA	350
3.1. Los años ochenta y la psicoeducación	350
3.2. Los años noventa y los métodos interactivos	351
3.3. El siglo XXI	351

3.4. Propuestas de futuro	352
4. Programas internacionales y nacionales	353
4.1. Programas internacionales	353
4.2. Programas nacionales	354
5. Programa ZARIMA	355
5.1. Justificación del proyecto ZARIMA	355
5.2. Hipótesis y objetivos	357
5.3. Método	358
5.4. Resultados	361
5.5. Discusión	363
5.6. Limitaciones	363
5.7. Conclusiones	364
20. Las evidencias científicas en el ámbito del ocio y del tiempo libre. Programas eficaces (José María Failde y María Dapía)	367
1. Introducción	367
2. Ocupación del tiempo libre de los adolescentes/jóvenes. ¿Podemos hablar de ocio?	368
2.1. Definiendo el ocio	368
2.2. Patrones de ocio de los jóvenes	369
3. El consumo de sustancias en los jóvenes. Del modelo tradicional de consumo al uso recreativo de sustancias	373
4. El ocio en los programas de prevención	375
21. Programas de prevención de las adicciones comportamentales basados en la evidencia (Carolina Tinaut Mendieta)	381
1. ¿Qué son las adicciones comportamentales?	381
1.1. Adentrándonos en su significado	381
1.2. Síntomas principales	382
1.3. Tipos de adicciones	383
2. Un problema actual: la adicción a Internet, a los videojuegos y al teléfono móvil	383
2.1. ¿Son nuestras enemigas las nuevas tecnologías?	383
2.2. Cuando se atraviesa la línea del equilibrio y comienza el uso problemático: sintomatología de alerta	387
2.3. Factores de riesgo	388
2.4. Factores de protección	388
2.5. En resumen: las nuevas tecnologías	390
3. <i>Workaholism</i> : una adicción considerada de manera positiva	390
3.1. Síntomas de alarma	391
3.2. Prevención de la laboradicción	392
3.3. En resumen: adicción al trabajo	393
4. Ya tengo de todo... ¿Qué puedo comprar?	393
4.1. Previendo el desarrollo de la adicción a la compra	394
4.2. En resumen: adicción a las compras	395
5. Vigorexia: ¡aeróbic, pádel, <i>fitness</i> y todo lo que exista!	396

5.1.	Medidas preventivas en la adicción al deporte	397
5.2.	En resumen: la vigorexia	397
6.	Adicción al sexo: prostitución, Internet, líneas eróticas, <i>sex-shops</i>	398
6.1.	¿Cómo identificar signos de adicción sexual?	398
6.2.	Factores de riesgo	399
6.3.	¿Cómo prevenir la adicción al sexo?	399
7.	El juego patológico y su prevención	399
8.	En conclusión	400
22.	La reducción de daños: un enfoque de salud pública y gestión de riesgos basado en la evidencia (<i>Víctor José Villanueva Blasco</i>)	403
1.	¿Qué es la reducción de daños?	403
1.1.	Introducción	403
1.2.	Principios de la reducción de daños	404
1.3.	La reducción del daño como modelo de salud pública basado en la gestión de riesgos	404
2.	Estrategias y modalidades de intervención en reducción del daño: la evidencia científica	405
2.1.	La reducción del daño en inyectores de drogas (UDI)	405
2.1.1.	Programas de distribución e intercambio de agujas y jeringas (PIJ)	406
2.1.2.	Salas de consumo higiénico supervisado (SCHS)	408
2.1.3.	Programas sociosanitarios	412
2.2.	La reducción del daño en heroína	412
2.2.1.	Programas de tratamiento de sustitución de opiáceos (TSO)	412
2.2.2.	Programas de heroína prescrita	415
2.3.	La reducción del daño en estimulantes	416
2.4.	La reducción del daño en cannabis	418
2.5.	La reducción del daño en tabaco	419
2.5.1.	Las estrategias que reducen el daño a los fumadores pasivos ...	419
2.5.2.	Las estrategias que reducen el daño a los fumadores	419
2.6.	La reducción del daño en alcohol	420
2.7.	La reducción del daño en jóvenes: el uso recreativo de drogas	421
3.	Conclusiones	423
23.	La estrategia preventiva sobre adicciones en el ámbito laboral (<i>Manuel Isorna Folgar, Ernesto Eduardo González y David Saavedra Pino</i>)	425
1.	Introducción	425
2.	Prevalencia e incidencia del consumo de drogas en la empresa	426
3.	Derechos laborales: el derecho a estar enfermo	433
4.	Factores de riesgo: la importancia de la detección precoz	435
5.	Necesidad de intervenir en la empresa	437
5.1.	Actuación desde el ámbito laboral	437
5.2.	Repertorio de recomendaciones de la OIT y las prácticas sobre el tratamiento de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo	439

5.3. Objetivos de los programas preventivos en el ámbito laboral	440
5.4. Actividades que pueden ser implementados en un programa de prevención laboral	442
6. Evaluación de los programas preventivos	443
6.1. La evaluación del proceso	443
6.2. Evaluación de resultados	443
7. Programas	444
Bibliografía	447

Prólogo

En tiempos de crisis la tentación de ahorrar en prevención es enorme, pues se tiende a pensar en soluciones a corto plazo. Pero, por desgracia, también ocurre lo mismo en tiempos normales. En general, tanto la atención como la investigación o la prevención en problemas mentales (dentro de los cuales se llevan la peor parte los problemas adictivos) reciben financiación muy por debajo de la problemática que producen si lo comparamos con otras especialidades como la oncología, infecciones... Según la OMS, los problemas causados por el alcohol en Europa representa entre el 2-3 por 100 del PIB. Esta falta de atención ha llevado por ejemplo a que entre las prioridades aprobadas por la Comisión Europea en noviembre de 2011 en el programa Health for Growth (2014-2020) no se contemplaba la cuestión de las drogas y de su prevención, aunque esperamos que la movilización de distintas asociaciones pueda enmendar dicha propuesta cuando llegue al Parlamento Europeo. Por tanto, parece que el problema de la prevención no es sólo de evidencia, sino también de supervivencia.

La misión de los que nos dedicamos a la prevención tiene forzosamente que incidir mucho no sólo en buscar la excelencia, sino también en conseguir unas bases estables de funcionamiento de los programas, de las políticas, de la investigación, etc. En el caso español, curiosamente, a pesar de que nos hemos situado entre los dos o tres países con mayores consumos de drogas ilegales de Europa —y, por tanto, del mundo—, la preocupación de la población española ha pasado de un 49 por 100 que consideraban las drogas como uno de los

tres problemas más importantes de España en 1988 según el barómetro del CIS, a sólo el 0,5 por 100 en el mismo barómetro en marzo de 2012. Nos queda por consiguiente un largo recorrido para convencer de la necesidad de la prevención a la población y a nuestros políticos. Una sociedad inteligente tiene que considerar la prevención como un elemento clave de su desarrollo, porque está obligada a gestionar sus recursos racionalmente.

Todo ello nos induce a pensar que el camino de la prevención basada en la evidencia nos puede llevar a encontrar este lugar adecuado para aquella. Al tiempo que se consolida una buena red entre los profesionales y asociaciones dedicadas a la prevención que hagan valer sus intereses. Ambas medidas —tener un buen producto y trabajar en red para que la gente lo conozca, lo entienda y lo adopte— son cuestiones indisolubles y necesarias en una sociedad moderna. Otros grupos, con sus propios intereses, ya lo están haciendo.

Iniciativas como la de este libro obviamente van en la dirección correcta. Compilar toda esta información ayuda a que la gente tenga una visión global y acertada del tema. Les proporcionan instrumentos para trabajar y genera sensación de pertenencia a un cuerpo de profesionales. Hay otras iniciativas cercanas como la creación de la European Society for Prevention Research (www.euspr.org) o la de www.prevencionbasadaenlaevidencia.net que deben ser también apoyadas por todos nosotros. Trabajar en red es importante en nuestra situación, pues la evidencia científica no es sólo un concepto abstracto, sino algo que queremos ver plasmado en la realidad.

Pero conseguir que la prevención basada en la evidencia sea una realidad en nuestro país o en Europa requiere una estrategia. Pasa por analizar la prevención que tenemos, lo cual implica muchas veces descubrir que una gran parte de ella no está basada en la evidencia. Pero tampoco es fácil sustituirla por una prevención que sí esté basada en la evidencia, pues o no contamos con ella o hay que adaptarla tras una evaluación a nuestra realidad. Articular todo este proceso necesita de una voluntad colectiva decidida y prolongada en el tiempo.

Una de las medidas esenciales a nuestro entender es promover que los fondos públicos sólo puedan destinarse de forma progresiva, pero inequívoca, a programas basados en la evidencia. Es algo que en Estados Unidos viene realizándose al menos con el dinero federal dispuesto a tal fin. La otra medida es que en los primeros años

se requiere una concentración de fondos en investigación, obviamente bien utilizados.

Aún quedarían muchos otros retos por cumplir. Leí una vez en un periódico una entrevista a un sueco que decía que las matemáticas son la base de la democracia. Si en su momento ya me pareció que este señor tenía razón, más se la tendríamos que dar ahora, después de todo lo que estamos viendo en nuestra sociedad. En nuestro caso esto también se aplica, porque por nuestra parte tenemos que conseguir que nuestros programas sean coste-eficientes y porque también tienen que llegar hasta nosotros todos aquellos fondos que sean necesarios haciendo un análisis adecuado de la situación.

AMADOR CALAFAT FAR
Psiquiatra, psicólogo, terapeuta
y director de la revista *Adicciones*

Los dineros de la droga

1

JOSÉ ANTONIO VÁZQUEZ TAÍN

1. MITOS Y REALIDADES

Muchas son las falsas creencias y las opiniones equivocadas vertidas sobre el dinero procedente del narcotráfico. Es tendencia natural del ser humano exagerar de forma ensoñadora todo lo relacionado con el lujo y las riquezas ocultas; pero es que en el caso del narcotráfico dicha ensoñación irreal ha sido alimentada hasta el empaño. Por una parte, por los propios *narcos*, que de forma errónea en los años noventa exhibían con obscenidad muestras de su poder faraónico, aunque fuera hortera y falto de gusto, para envidia de sus convecinos. Por otra parte, por los medios de comunicación, que únicamente se han hecho eco de sus excentricidades, omitiendo toda referencia al común acontecer de miseria y limitaciones que dicho mundo conlleva para gran parte de ellos.

Lo curioso de esta realidad es el gran paralelismo en ambos lados del charco Atlántico; así, al mismo tiempo que los jefes de los grandes cárteles se hacían famosos en Colombia, Panamá y México, los grandes capos gallegos creaban sus falsas leyendas en la vieja Europa. Al mismo tiempo que famosos nombres veían caer su imperio y perdían la vida o eran extraditados a Estados Unidos, en América, la Audiencia Nacional condenaba e ingresaban en prisión los más conocidos narcotraficantes gallegos. Los años de exhibición obscena de dinero, los de corrupción y pulso al Estado, así como los años de división y

declive, los de atomización de grupos y discrecionalidad, se han vivido en épocas más o menos cercanas, en todos los países implicados en el tráfico de cocaína, sea en América o en Europa.

En un intento de acercarnos a la realidad —sin ser pretenciosos diremos acercarnos, puesto que la oculta verdad del tráfico de drogas nadie la conoce—, comenzaremos haciendo una aproximación al dinero que el mundo de la cocaína puede mover, que por extrapolación nos permite deducir el de otras sustancias estupefacientes, y, una vez calculado el volumen del problema, exponaremos un poco en qué consiste el blanqueo de capitales y trataremos de descubrir su negativa incidencia en la economía de la sociedad legal, sea ésta declarada o sumergida, que es el gran tema desconocido en materia de blanqueo.

2. LAS GANANCIAS DE LA COCA

Para empezar, ha de indicarse que *las sustancias estupefacientes son una de las materias con valor más estable del mercado*. Ningún otro producto que se compre o venda ha permanecido con un precio tan invariable al consumidor, no sólo en los últimos años sino en las últimas décadas.

Las únicas fluctuaciones que sufre el precio de la droga, se producen a nivel de productor, intermediario y tráfico medio; pero al llegar al menúdeo el precio es fijo, o casi fijo, y depende de los tipos de billetes que se encuentren en vigor.

Dado que la transacción del menudeo ha de producirse de forma inmediata, sin posibilidad de negociación o cambio de moneda, es decir, «te entrego la *papela* y me das el billete», el precio de las sustancias no varía, y se hace coincidir con un bi-

llete de curso legal. Una *postura* de *costo* (1,5 g) cuesta cinco euros, diez si ronda los cinco gramos.

La *maría* se sirve en bolsitas de 10 gramos y puede rondar los tres/cuatro euros el gramo. El *speed* cuesta 10 euros gramo, y la cocaína ronda

CUADRO 1.1

Precios y purezas medias de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
LSD											
Unidad (€)	7,8	8,7	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11,4	11,4
Éxtasis											
Unidad (€)	14,1	13,7	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6
Dosis (mg)	8,1	7,8	8,4	8,7	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2
Gramo (€)	24,1	23,3	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4
Kilogramo (€)	17.955	17.474	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.688,5	17.516,0
Resina de hachís											
Gramo (€)	4,0	3,8	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8
Kilogramo (€)	1.503	1.518	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386,0	1.416,5
Aceite de hachís											
Gramo (€)	10,5	12,2	11,6	12,1	12,3	10,8	9,4	10,1	10,8	10,9	11,2
Kilogramo (€)	3.005	3.110	2.684	2.740	2.516	2.322	2.152	2.166	2.040	2.061,0	2.117,0
Grifa/marihuana											
Gramo (€)	2,5	2,5	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1
Kilogramo (€)	1.232	1.127	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805,0	790,5
Heroína											
Dosis pureza (%)	24	25	25	26	26	22	22,5	24	22	22	22,5
Precio (€)	9,5	9,2	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9,9	10,1	10,5	10,3
Gramo pureza (%)	32	33	32	34	34	32	29	30	32	32,5	32,5
Precio (€)	73,6	70,2	66,4	64,0	64,5	66,0	64,2	63,7	62,4	62,7	62,6
Kilogramo pureza (%)	66	63	64	51	53	49	49	47,5	47,5	47,5	46,0
Precio (€)	40.418	42.747	38.738	41.965	43.298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474
Cocaína											
Dosis pureza (%)	39	44	45	44	43	40	42	43	46	41,5	40,5
Precio (€)	13,4	12,1	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1
Gramo pureza (%)	51	55	53	52	50	51	51	53	54	50,5	49,5
Precio (€)	60,9	59,1	57,2	59,7	58	61,9	61,9	61	60,7	60,8	60,0
Kilogramo pureza (%)	73	76	74	73	71	74	75	75	73	72,5	72,0
Precio (€)	35.159	36.211	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365	33.771	33.122

FUENTE: Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

los 50/60 euros el gramo. Estos precios han permanecido así casi desde los años ochenta.

Se preparan papelinas, pajitas, bolsitas, con un valor de 10, 50, 60 euros, de forma que no haya ni que negociar el precio ni que dar cambio. El consumidor llevará su dinero preparado para entregar con una mano mientras con la otra recoge la droga sin que haya apenas más que un saludo entre comprador y vendedor.

El precio de la droga no depende de su abundancia. Cuando hay mucha, y el precio baja, se corta menos y el resultado final es droga más pura. Cuando hay poca droga, se corta más para poder abastecer el mercado y las *papelinas*, además de llevar el peso más escaso, tienen menos pureza.

3. LAS GRANDES CIFRAS

Las grandes cifras del mundo de la droga son totalmente desconocidas, y cualquier aproximación a ellas es un cálculo estimativo que dependerá mucho del enfoque que el autor tenga respecto del tema del narcotráfico en sí, de si se trata de estamentos oficiales o informaciones periodísticas y del carácter novelesco o no del artículo en el que las cifras se recojan.

Un ejemplo: la DEA (agencia antidrogas americana) calcula en 200 toneladas de cocaína las introducidas por los cárteles mexicanos en Estados Unidos en la última década, y cifra sus beneficios en unos 9.000 millones de euros. Respecto de ese mismo fenómeno, opiniones periodísticas calculan las cifras en diez veces más.

En cuanto a la cocaína que pasa por España con destino a Europa, podría fijarse muy prudentialmente en unos 20.000-30.000 kilogramos anuales como mínimo, y el cálculo de su valor es muy fácil de realizar, partiendo de las tablas anteriormente expuestas. Algunas fuentes periodísticas cifran las anteriores cantidades en unos 200.000 kilogramos, con lo que los valores obtenidos habría que multiplicarlos por diez. Como puede verse, la oscilación es demasiado amplia para fijar un punto de seguridad, lo cual es lógi-

co, dado que estamos hablando de actividades ocultas.

Lo que es innegable es que *tanto el mercado americano como el mercado europeo, en cuanto a cocaína se refiere, mueven anualmente y por separado cifras que superarían los mil millones de euros cada uno.*

Las cantidades pueden parecer mareantes, y hacernos pensar en paraísos de riqueza y lujo: nada más lejos de la verdad. La droga reparte enfermedad y miseria, padecimientos y cárcel, reservando el dinero para una élite muy reducida y exclusiva. Millones han de sufrir para que unos pocos se lucren.

Las películas y series de televisión han dado vida a la falsa creencia de que droga y dinero van de la mano, de que el dinero de la droga es un río caudaloso, de que la vida del traficante es una mezcla romántica de aventura, riesgo y rebeldía, sazónada de placer. La creencia del gran público respecto del dinero de la droga está totalmente equivocada, pues la realidad de su recaudación, de su utilización e incidencia en la economía de un país es algo totalmente desconocido. Intentaremos explicarnos un poco.

4. MENUDEO Y SUPERVIVENCIA

Un primer concepto que ha de quedar claro en relación con el tráfico de estupefacientes es que *el menudeo de la droga, sea cual sea ésta, no se hace como negocio, sino que se hace desde una perspectiva de supervivencia*; es decir, para satisfacer la demanda económica de la adicción del propio distribuidor.

Podríamos decir que un 99 por 100 de los distribuidores de sustancia estupefaciente son adictos a alguna sustancia, normalmente a la propia que distribuyen, aunque existen casos de personas muy jóvenes que menudean con hachís para poder soportar los gastos de su adicción a la cocaína o las pastillas, por ser el tráfico de dichas sustancias más peligroso, física y jurídicamente. Pero estos supuestos, al igual que el de distribuidores no consumidores, son raras excepciones en una regla general inexorable.

Un distribuidor estable y con cierta clientela podrá mantener su adicción y vivir de forma no muy holgada, es decir, pagar una casa de precio medio-bajo, así como sus necesidades de comida. Sus lujos se limitarán, y ello con suerte, a algún teléfono de última generación, alguna joya, aparatos electrónicos como ordenadores y similares, efectos todos estos que procederán normalmente del delito de receptación, es decir, del intercambio de drogas por objetos robados. Ello supondrá para el muy probable supuesto de entrada y registro en su vivienda un incremento de la responsabilidad jurídica al imputársele dos delitos y, en consecuencia práctica, un mayor período de prisión.

Tras quince años de experiencia, no conozco ningún supuesto de distribuidor al menudeo que consiguiera acumular una cantidad media de dinero, entendiéndolo por tal más de 30.000 euros. Su vida, por otra parte, avanzada su adicción, se limitará a periódicas entradas en prisión, acumulación de padecimientos físicos, deterioro mental y mayor miseria hasta que ingresa definitivamente en un centro de desintoxicación o es levantado judicialmente por una muerte miserable.

Dicho de otro modo: a cambio de unos miserables márgenes de beneficio, padecerá hepatitis, úlcera, sida, múltiples infecciones y un progresivo e inexorable deterioro mental. Su única función en la vida será distribuir sustancias estupefacientes y recaudar dinero para el escalón superior. Eso sí, debido a su adicción, apenas será consciente de su realidad. Como un pulgón por las hormigas, se limitará a ser *ordeñado* y a moverse muy poco si quiere sobrevivir.

5. NUEVO PERFIL DE CONSUMIDOR

Pero es que el tráfico de sustancias estupefacientes ha de enfocarse también desde la perspectiva del consumo, como dos caras de una misma moneda. En la actualidad, el consumo de estupefacientes se inicia a edades muy tempranas, durante la fase de ESO normalmente, y en jóvenes que tienen por delante una vida lectiva larga, y de ocio todavía más larga. Esta realidad social,

frente a la del consumidor de los años ochenta, supone un cambio sustancial.

Frente a un consumidor de edad más avanzada que se *enganchaba* a sustancias estupefacientes pasados los 20 y ocultaba su dependencia, llegando incluso a adquirir responsabilidades familiares, y que soportaba la demanda económica de su adicción primeramente depredando las riquezas materiales de su familia y posteriormente en una huida hacia adelante a través de una carrera delictiva en ilícitos contra la propiedad ajena; frente a esta realidad, en la actualidad el consumo de estupefacientes ofrece una posibilidad envenenada por la que están optando muchos de nuestros jóvenes.

Ha de partirse de una premisa previa. Aun en tiempo de crisis, nuestros jóvenes conservan una holgada disponibilidad de dinero para su ocio. Los menores de entre 15 y 25 años tienen una capacidad económica muy superior a la de sus mayores. Es suficiente con comprobar las ventas de dispositivos electrónicos de última generación destinados a dicho sector de consumo, los cuales por cierto no son baratos, o visitar los locales de ocio nocturno, para advertir que la cantidad de dinero que destinan a sus «vicios», aun habiéndose moderado, sigue siendo alta. Si comparamos con los gastos de personas adultas en ocio, comprobaremos que en la inmensa mayoría de los casos se han reducido o suprimido para poder mantener los necesarios.

Si a la capacidad económica de los jóvenes se une el populoso entorno social en el que se mueven, y frente al cual exhiben su dependencia sin pudor alguno, pues consumir estupefacientes es algo resaltado por todas las televisiones como «bueno», surge una opción de financiación muy cómoda inicialmente para satisfacer la dependencia, cual es adquirir más dosis de las necesarias y distribuir éstas entre su entorno de estudio u ocio. Esta opción envenenada permitirá al consumidor obtener ingresos para satisfacer sus necesidades adictivas. Reconocerse adicto a alguna sustancia estupefaciente no perjudicará la consideración social de nadie, puesto que, como he indicado, en la actualidad los medios de comunicación trans-

miten la imagen de que la droga es sinónimo de modernidad, diversión y rebeldía.

El resultado será que el consumidor actuará de recaudador de dinero para los mercaderes de la droga y al mismo tiempo de transmisor y difusor de la adicción, haciendo llegar la droga a todo lugar de estudio, ocio o esparcimiento de los jóvenes. Llegará incluso a lugares donde sólo los menores tienen acceso, y a personas cada vez más jóvenes. Lamentable.

Dejando a un lado este escalón marginal de distribución al menudeo, nos queda un escalón intermedio situado entre esta actividad de autoconsumo, y el del gran tráfico, cual es el *negocio* conocido policialmente como «tráfico medio», que abarca desde el medio kilo hasta las decenas de kilos.

En este estrato de tráfico ya se mueven cantidades importantes de dinero, tanto para su adquisición como por su venta, tal y como puede comprobarse atendiendo al precio por kilo de las diferentes sustancias estupefacientes reseñadas en el cuadro 1.1. Por ejemplo, para adquirir un kilogramo de cocaína es necesario disponer de un mínimo de 35.000 euros.

A este respecto hay que distinguir entre tener 35.000 euros y disfrutar de 35.000 euros. El traficante medio manejará mayores cantidades de dinero, pero no mayores riquezas, dado que no son necesariamente sinónimos. Los 35.000 euros habrá de tenerlos para comprar la cocaína, que, una vez cortada y vendida, le podrá reportar unos 45.000 euros. Ahora bien, dicho dinero lo habrá adquirido en un período de tiempo que oscila entre un mes y un mes y medio. Habrá necesitado colaboración de personas entre las que habrá de distribuir sus ganancias. Y si es adicto a la sustancia, lo que ocurrirá en el 95 por 100 de los supuestos, la práctica totalidad de sus ganancias se habrá ido por su nariz.

6. FIJEMOS LOS GASTOS DE UN CONSUMIDOR

La cocaína es una droga de consumo irregular. Frente a otras sustancias de consumo diario y re-

gular, como el hachís y la heroína, la cocaína se consume normalmente en situaciones de ocio y puntuales. Suele por ello ir asociada al consumo de otras sustancias estupefacientes, como hachís, pastillas o heroína. Un consumidor típico de cocaína es aquel que consume hachís diariamente, y alguna raya esporádica, normalmente los fines de semana y días de fiesta. Unos cinco porros al día, alguna raya esporádica y un gramo-gramo y medio cada día de fin de semana, o fiesta, que debe considerarse un consumo mínimo, supone la nada despreciable cantidad de 1.200 euros de consumo mensual. Si a dichos 1.200 euros de consumo —que, repito, son gastos mínimos—, añadimos los normales del resto de los mortales, tales como comida, vivienda, vehículo, diversión, el gasto para una vida muy modesta rondará los 2.500 euros mensuales, lo que supone la necesidad de ganar 4.000 euros por kilo para poder vivir modestamente, y limita mucho las posibilidades de repartir beneficios. Lamentablemente, para distribuir un kilo se necesitan muchos colaboradores, y ello lleva a cortar mucho la droga para poder obtener margen de beneficio.

Este nivel de gasto es el que impide aun en el tráfico medio acumular patrimonio o capital. Seguimos con una actividad predominantemente de autosubsistencia.

Aunque no es muy frecuente, es posible encontrar en este ámbito del tráfico medio a personas que ya muestran una cierta predisposición a realizar actividades mercantiles, y que saben temporizar ingresos y gastos. Es muy común que, ante una buena racha, el narcotraficante intermedio realice gastos exagerados, contando con que todo va a ir siempre igual, de modo que cuando las cosas se tuercen no tenga disponibilidad suficiente para afrontar el pago de una nueva adquisición.

Este tráfico intermedio sí permite obtener ingresos, que a personas con habilidad les permiten llevar un ritmo de vida desahogado. Pero nótese que una persona con preparación y habilidad ya no entraría en el mundo de la droga, dados los riesgos personales y familiares que ello entraña; por tanto, siendo lo común que las personas que

pueblan este mundo sean personas sin escrúpulos ni preparación, es muy difícil encontrar narcos en este estrato que hayan conseguido y conservado un patrimonio relevante. Lo normal es que pierdan sus ingresos a manos de embaucadores de todo tipo, sean vendedores de lujos, asesores legales o economistas con pocos escrúpulos, o simplemente despilfarren el dinero en una vida de apariencia. La conciencia que todo consumidor tiene de que su vida va a ser corta le lleva a vivir sin importarle las consecuencias.

7. EL GRAN TRÁFICO

Desde un punto de vista económico, el tráfico de estupefacientes es relevante en los grandes cargamentos. Partamos de un supuesto tipo de introducción en territorio comunitario europeo de un cargamento de 2.000 kilogramos de cocaína. Producir 2.000 kilogramos de cocaína no supera el precio de 1,4 millones de euros, incluyendo su cultivo en la selva, recolección, cocinado, empaquetado y traslado a alguno de los puertos de emisión hacia el primer mundo. Por cuatro millones se puede adquirir dicho cargamento en un

puerto de origen, y lo que adquirimos por cuatro millones en un puerto de Sudamérica tiene un valor en territorio europeo de más de 60 millones de euros. Como puede verse, los beneficios de dicho transporte sí permiten hablar de cifras relevantes, tanto a efectos de blanqueo de capitales como de incidencia en ámbitos económicos, tal y como veremos más adelante.

El ámbito más conocido del transporte, su recogida en el mar e introducción en tierra por planeadoras, realizado comúnmente por narcos gallegos, supone para éstos, unos ingresos que rondan la tercera parte de dichos 60 millones de euros, es decir, unos 20 millones.

Han pasado ya las épocas en las que los narcos gallegos compraban y vendían cargamentos. Hoy en día son transportistas a porcentaje que cobran por hacer un trabajo, que consiste en finalizar el transporte de la cocaína por el mar, trasladarla a planeadoras, introducirla en tierra y entregarla en algún lugar seguro del centro de España, normalmente a la misma organización que les contrató el transporte.

Dentro del grupo de personas que realizan el transporte de la droga, un capítulo aparte merecen el dueño y los conductores de las planeado-

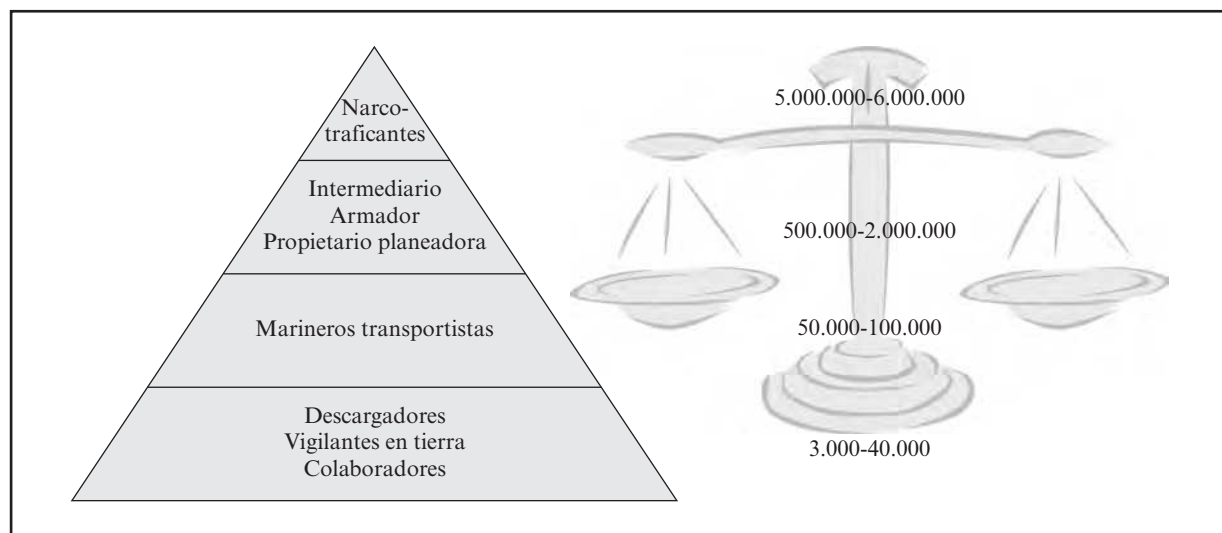


Figura 1.1.

ras, los cuales, por su singular preparación y riesgo, suelen cobrar por su trabajo hasta un 3 por 100 del valor de la droga transportada. Es decir, en un cargamento como el que se analiza, pueden cobrar dos millones de euros. El resto del dinero se reparte comúnmente según se refleja en la figura 1.1.

Para el común de los mortales las cifras anteriormente reseñadas pueden parecer mareantes, porque el dinero ganado con esfuerzo se valora de otro modo, pero la visión desde dentro es distinta. Para empezar, dichas cifras se ingresan de forma muy esporádica. Del mismo modo que cuando sellamos una lotería primitiva esperamos en nuestro fuero interno que nos toque, el delincuente cuenta con que el «plan» va a salir pronto y bien y va a repetirse enseguida.

La terca realidad les enseña, muchas veces con fuego, que lo que iba a hacerse en tres meses tarda en realidad seis, o un año, y no se repite hasta el año siguiente, y frente a sus sueños de cuerno de la abundancia se encuentran con una cruda existencia de vacas flacas y de espera desesperada; casi siempre sin trabajo por cuenta ajena, que despreciaron por innecesario, y muchas de las veces subsistiendo a base de malbaratar lo que tiene la familia en espera de una buena racha.

Pero si el flujo de entrada es un laberinto, y no precisamente versallesco, el de salida es un tobogán acuático. Lo que se recibe tan fácilmente, por no hacer casi nada, hace pensar que tras ese golpe el siguiente va a venir encadenado. Y, por otra parte, el carácter del propio delincuente hace que todos los vicios sean pocos, con tal de aparentar que se es el «rey del mambo».

Las fiestas y el despilfarro han de ser mejores que lo conocido hasta la fecha, y por eso hay que exhibir que se tiene dinero, aunque en pocos meses se encuentren sin uno solo de los fáciles euros, eso sí, con un *audi* moderno y hortería aparcado en el garaje, sin seguro ni gasolina, o una mansión de piedra a medio hacer y sin calefacción.

La imaginación popular ha asentado la idea de que en la costa de las Rías Baixas el dinero de la droga es lo que permite un paisaje de mansiones de lujo, coches de gran cilindrada, barcos en-

vidiables y restaurantes donde el marisco y el vino se caen de las mesas. Nada más lejos de la realidad, aunque sobre eso volveremos más tarde.

De todas las personas que participan en el transporte de un alijo de gran importancia, únicamente los que se encuentran en los dos últimos escalones, *capo*, intermediario con la organización colombiana, lanchero y armador del barco, perciben una cantidad que permite hablar ya de acumulación y blanqueo. *El resto de los partícipes ingresan una cantidad que desaparece muy rápidamente.*

Un buen profesional liberal en épocas normales puede ingresar una cantidad anual que ronda los 75.000 euros, y mantiene un buen ritmo de vida. Pero para ello ha asentado un plan de vida, con inversiones inmobiliarias, planes de ahorro gastos controlados en función de sus ingresos, y sobre todo, es una persona culta difícil de engañar. El perfil del narcotraficante, sobre todo en los escalones bajos de la organización, es el de una persona tosca y falta de preparación cuya única aspiración en la vida es aparentar poder y riqueza.

Es por ello muy difícil encontrar personas preparadas para tener un proyecto vital, o una visión a medio plazo, personas con capacidad para administrar sus ingresos o saber controlar sus necesidades. Su forma de pensar en general es: «ya que me juego la vida en esto, voy a vivir como si mañana no existiese», y desgraciadamente no sólo hay un mañana, sino también un mes que viene, y generalmente una familia que mantener.

La facilidad para ser manipulados les hace presa fácil de economistas, banqueros, abogados y vendedores, que les venderán necesidades inexistentes, les cobrarán minutas astronómicas que no podrán denunciar o les embarcarán en proyectos peregrinos. Del mundo de la droga viven mejor los parásitos que el perro.

Resumiendo lo expuesto: el enorme ejército de distribuidores necesarios para hacer llegar las drogas a los millones de consumidores mantienen un régimen de vida deplorable y de autosubsistencia. El grupo afortunado que participa del trá-

fico medio y los escalones bajos del gran tráfico pueden con suerte llevar una mejor vida, pero no es el común de los supuestos.

Frente al contrabando de tabaco, que por el volumen y peso descomunal de la mercancía transportada necesitaba de numerosos barcos, planeadoras, camiones y ejércitos de braceros que realizaban numerosas jornadas de trabajo y cobraban por ello, casi de forma constante, es decir, que sí suponía un verdadero modo de vida, el transporte de la droga sólo necesita de intervenciones muy puntuales, esporádicas y distantes, muy distantes en el tiempo.

Un transporte de 2.000 kilogramos de cocaína sólo necesita un barco con cinco marineros, una planeadora con dos tripulantes, un transporte pequeño con tres personas, etc. Y en cuanto al tiempo, puede suponer un año, o un año y medio de preparación, y el transporte en sí, unos 30 días en total; el resto es tiempo de espera, muerto y rellenado gastando dinero.

Queda un único escalón de personas que verdaderamente ingresan cantidades importantes procedentes del narcotráfico. Son los organizadores del transporte, es decir, los capos; las personas que tienen contactos con los proveedores y gozan de su confianza para conseguir que les contraten un cargamento; los dueños dispuestos a poner un barco suyo a disposición del transporte y arriesgarse a perderlo, y los lancheros, verdadera razón, junto con lo escarpado de la costa, de que el narcotráfico arraigase en Galicia, por ser capaces de introducir cualquier mercancía en tierra con un altísimo porcentaje de éxito.

Pero también con relación a este escalón es preciso hacer puntualizaciones. Desde que los grandes grupos se fraccionaron, la competencia entre narcos se ha vuelto encarnizada, y en algunos supuestos existen más transportistas que transportes. Por ello, algunos capos no han podido conseguir más que algún transporte muy esporádico, y han visto desaparecer su dinero intentando mantener contactos, infraestructura, ritmo de vida, etc. A los que tienen éxito y consiguen mantener un ritmo aceptable de actividad ilícita todavía les queda un escollo que superar, y

es que las grandes cantidades de dinero no se pueden utilizar según se cobran. Es preciso disponer de un sistema que permita justificar el dinero de que se dispone, simulando tener un origen lícito. Lo contrario supondría la inmediata detención del narco por delito fiscal, al utilizar dinero no declarado y llamar la atención a gritos para que se le investigue como presunto autor de delitos contra la salud pública.

8. LOS SISTEMAS DE BLANQUEO

Este sistema de simular un origen lícito al dinero es lo que se llama blanquear. No existe un sistema de blanqueo de capitales específico para dinero procedente de delitos de narcotráfico. *En el narcotráfico se utilizan los mismos sistemas de blanqueo que para cualquier otro dinero negro que exista en el mercado, provenga éste de la corrupción política, de las actividades comerciales no declaradas, de pelotazos, etc.* Es decir, los canales existentes para ocultar, transferir y blanquear dinero son comunes a todo el dinero negro, provenga éste de actividades lícitas o ilícitas.

Dicho de una forma muy gráfica, en las cuentas bancarias de paraísos fiscales como Suiza, Seychelles, Bangkok, etc., se mezcla dinero de narcos, de políticos corruptos, de empresarios ejemplares y de coronas reales de diferentes estados.

Esta circunstancia de coincidir dinero procedente de la delincuencia con dinero procedente de negocios lícitos y corrupción política supone un cierto margen de impunidad para el dinero procedente de la delincuencia organizada.

Si los paraísos fiscales únicamente sirvieran para ocultar dinero procedente de delitos, todos los países del mundo estarían conformes con suprimirlos, y su futuro no iría más allá de un par de cumbres internacionales.

Pero el interés de países gobernados por dictadores corruptos, de multinacionales con más influencia que los propios estados, el poder de *lobbies* con capacidad para condicionar las decisiones de determinados gobiernos, todos ellos deseosos de mantener paraísos en los que ocultar su dine-

ro, permiten la existencia de refugios en los que los traficantes de drogas, de armas y de personas pueden ocultar sus insultantes beneficios.

Por decirlo más claro todavía: la discreción bancaria que Suiza ofrece a las grandes fortunas mundiales sirve igual para las coronas reinantes y las grandes figuras de la pantalla que para asesinos múltiples y narcotraficantes, aunque revistan todo el país de un decorado de lujo y elegancia distinguida. La sangre de inocentes riega los magníficos campos de golf de grandes paraísos fiscales.

Un primer concepto que ha de aclararse es en qué consiste el blanqueo de capitales. Digo esto porque es un fenómeno muy frecuente encontrar asesores legales y económicos que cobran cifras astronómicas por facilitar a cualquier persona con dinero negro, tenga éste origen comercial o delictivo, mecanismos para sacar su dinero del país y colocarlo en algún paraíso fiscal.

Mi opinión personal es que dicho servicio, cobrado generosamente, es una simple estafa. Cualquier persona que se limite a viajar dos veces a Andorra o Madeira, Suiza o Seychelles encontrará todo tipo de facilidades y contactos para poder *exportar* su dinero y colocarlo tranquilamente en una cuenta en el extranjero. Ahora bien, lo único que ha conseguido con tal caro servicio es tener su dinero lejos de sí, y no poder utilizarlo.

Lo que quiero decir es que una cosa es esconder el dinero y otra muy distinta es «lavarlo», «blanquearlo», o, dicho de forma más clara, introducirlo de forma fiscalmente aceptable en el tráfico económico lícito, como si su origen fuera legal. Sólo esto último es blanqueo, y es casi justo lo contrario que sacar dinero a un paraíso fiscal.

Cierto que las grandes fortunas ilícitas cuentan con dinero almacenado en paraísos fiscales, y desde la existencia de la «banca digital» tienen ingentes sumas de dinero circulando por entidades de medio mundo, moviéndose para ocultar su verdadero titular. Pero dichas fortunas, cuando están en manos de auténticos asesores, disponen de mecanismos que les permiten introducir gradualmente dinero en el mercado lícito haciendo que parezca el resultado de una actividad económica legal y fiscalmente declarada.

Ha de partirse de la premisa de que un alto porcentaje de narcotraficantes desconocen totalmente cómo funciona el mundo de la economía, las finanzas y el tráfico de dinero. Lógico, puesto que si lo conociesen no tendrían que traficar con drogas.

Ello les obliga a contar siempre con personas que les digan cómo deben mover su dinero, y cómo deben blanquearlo. Y tendrán que pagar un alto precio por tales servicios. Almacenar toneladas de billetes en una habitación puede hacerlo cualquier narco y saldrá en las noticias, pero dichos billetes no le habrán proporcionado ninguna utilidad. Almacenar millones en paraísos fiscales conllevará una cierta dificultad, pero la utilidad que tiene para su titular es idéntica. Introducir millones de euros o de dólares en el mercado y hacerlos pasar por dinero lícito sí le producirá beneficios al delincuente, que podrá disfrutar de ellos, y por dichos servicios sí tendrá que pagar.

Dos son los aspectos desconocidos del blanqueo de capitales que es preciso destacar:

1. Una tercera parte de los beneficios de la droga se gastará para blanquearlos.
2. Si el volumen de dinero que se blanquea es elevado, se perjudicarán gravemente los negocios lícitos de idéntica naturaleza.

Con relación al primero de los asertos, poco más ha de indicarse. Blanquear dinero, cuando éste se ingresa de forma regular, implica crear negocios ficticios, o parcialmente ficticios, y mantenerlos con vida.

9. EL CASO GALLEGO

En Galicia los sectores tradicionalmente utilizados por los narcotraficantes para blanquear dinero fueron el sector inmobiliario, el del vino, el del marisco, la importación de lujo y el turismo.

Pongamos un par de ejemplos extraídos de sentencias firmes, pero sin ponerles nombres. El

primer supuesto es un grupo de narcos que utilizaron empresas relacionadas con la cría, depuración y comercialización de mariscos para blanquear dinero. Ello implicó conseguir bateas, granjas de rodaballo y concesiones administrativas de explotación marisquera y construir depuradoras. Al ingente coste material de toda esta infraestructura, ha de añadirse el sobrecoste de que, dado que se adquiría para blanquear dinero, no se reparaba en gastos ni se regateaba el precio y se pagaba más del precio de mercado.

Súmele el coste laboral de mano de obra, seguridad social, seguros, asesores, administradores, etc. Una vez tenemos constituido el entramado, en el que habremos invertido una ingente cantidad de dinero, del que no habremos obtenido ninguna utilidad real, tendremos que destinar periódicamente dinero a mantener apariencia de funcionamiento para, declarando beneficios con nuestra industria al fisco, obtener unos ingresos que ante la Agencia Tributaria tienen toda la apariencia de lícitos, y que podremos utilizar en el mercado.

Es necesario que los beneficios que declaremos al fisco sean falsos, es decir, que las empresas que utilicemos no produzcan dinero, o no estaremos blanqueando nada. Luego para blanquear dinero ilícito en países con cierto control legal el coste inicial será crear un entramado y, una vez creado, mantenerlo y de los beneficios pagar impuestos. Ello nos va a costar ingentes cifras para mantener el engranaje.

Es sorprendente, pero la mayoría de los narcotraficantes gallegos eran empresarios con prestigio que pagaban importantes cantidades de dinero en concepto de impuestos, mucho más que los restantes empresarios del sector que no blanqueaban dinero. Por eso en muchos casos Hacienda no les molestaba, dado que eran contribuyentes ejemplares.

El segundo ejemplo es el del sector inmobiliario. Con dinero negro adquirimos terrenos sobre los que construir, sin que ningún promotor legal pueda competir con nosotros porque podremos pagar cifras superiores, dado que el dinero no es precisamente el problema. A través de constructores y proveedores que colaboren con nosotros,

disimularemos gastos y declararemos muchos beneficios con la venta de los inmuebles. Es importante que todo el ciclo productivo participe del blanqueo o el sistema será fácilmente detectable. Es decir, si la constructora no colabora, haciendo coincidir sus cuentas con las nuestras, y las subcontratas no ajustan sus facturas a nuestra contabilidad, si la inmobiliaria que vende no se amolda a nuestras necesidades, la Agencia Tributaria lo tendrá muy fácil cruzando datos.

Por ello, sea cual sea el sector económico que utilicemos para blanquear dinero, lo deseable es que todos los partícipes de él con los que nos relacionemos estén realizando también actividades de blanqueo. Y que de común acuerdo ajustemos nuestras contabilidades, pagando si es posible muchos impuestos para que Hacienda no sospeche nada de modo que, aunque cruce datos, gracias a la informática, no detecte desajustes y descubra la el mecanismo de lavado. La consecuencia de dicha necesaria colaboración, es que poco o ningún espacio queda para los empresarios «legales», aquellos que no quieren blanquear dinero o colaborar con el blanqueo, puesto que no dispondrán de dinero con el que competir con los narcos; precisamente trabajan para sobrevivir, y en el supuesto de que decidan no competir y sí colaborar, deberán incurrir en fraude fiscal para hacerle el juego a los narcos.

La desgracia para los delincuentes es que los mecanismos de blanqueo son costosos, dado que implican en el mejor de los casos adquirir una empresa pequeña y mantenerla con apariencia de funcionamiento. Por ello será preciso que el flujo de dinero negro sea constante o al menos frecuente o nuestra pantalla se quedará sin el montante necesario para mantenerse y tendremos que cerrar, perdiendo todo el montaje.

10. EL PAPEL DEL SECTOR FINANCIERO

Un hecho relevante que pocas veces es comentado es la necesidad de que el sector financiero participe del blanqueo de capitales. Normalmente la gente común identifica narcotráfico con

marginalidad. Eso es cierto en lo que a transporte y distribución se refiere. Pero, como se ha apuntado, el sistema de almacenaje, transferencia y blanqueo de dinero procedente del narcotráfico es común para todo el dinero negro, y por ello el sector financiero, incluso el que se considera a sí mismo el más honrado, muchas veces colabora con el blanqueo de capitales procedente del narcotráfico. La justificación moral que exhiben los responsables de entidades financieras, agencias de intermediación internacional o fiscalistas de renombre es que desconocían que la persona con la que colaboraban para ocultar o blanquear su dinero, y que traía bolsas de plástico con miles de billetes, realizase una actividad ilegal. O también la reiterada excusa de que ellos sólo asesoran pero no participan de la actividad, que el blanqueo lo ejecutan otros. Lo que nadie puede negar es que si las grandes entidades financieras no hubieran colaborado con los narcotraficantes, éstos no habrían podido almacenar, ocultar, transferir y blanquear su dinero.

Otro aspecto del blanqueo muy peligroso para los estados democráticos y que afortunadamente podemos considerar cada vez menos posible es la inversión de dinero en comprar seguridad política. Quizá en España este fenómeno no alcanzó magnitudes tan escandalosas como en algunos países extranjeros, en que se llegó a sobornar y comprar a altos funcionarios del Estado; pero en algunas épocas, en las que la sensación de impunidad y poder de los narcos era más acentuada, se llegó a financiar a algunas entidades políticas locales, y así consta en sentencia firme, al igual que es dinero de los narcos el que financia una campaña para alcalde de O Grove, o como se corrompe a determinados cargos de entidades locales en España. Se puede llamar blanqueo, dado que el dinero del narcotráfico producía un rendimiento directo al titular, cual era conseguir favores políticos.

11. EL BLANQUEO Y LA ECONOMÍA LEGAL

Uno de los aspectos más importantes del blanqueo, y a la vez más desconocidos, es que su in-

cidencia en el mercado lícito es muy perjudicial. La mitología popular ha creído tradicionalmente que gracias al narcotráfico en las Rías Baixas gallegas se nadaba en dinero. El error es mayúsculo. La afirmación correcta es que por culpa del dinero del narcotráfico en la costa gallega se pierde mucho dinero. Y lo mismo se puede afirmar de cualquier otra región del mundo en la que el narcotráfico se haya asentado y su dinero haya contaminado el mercado.

En un lugar como Galicia, una costa como las rías, con turismo, marisco, vino, bateas, puertos, Citroën, producción agrícola, etc., y para un hombre de interior, en el que únicamente se cuenta con la pizarra y la ganadería, es obligado pensar que algo tiene que fallar para que la riqueza procedente de sus múltiples recursos naturales no se note de verdad.

La clave está en los mecanismos de blanqueo. Como expuse anteriormente de forma muy simple, sintética y fácil de comprender, blanquear consiste en simular un negocio lícito, declarar beneficios ficticios y, tras pagar impuestos obtener una cantidad que para el fisco procederá de un negocio inexistente.

Con relación al ejemplo anteriormente indicado de utilización del sector del marisco: se comercializará marisco a bajo coste, sin importar si ganamos o perdemos dinero, pero declarando beneficios. La consecuencia inmediata es que todos los productores legales de marisco tienen que malvender para poder competir con las empresas de blanqueo, con lo que todo el precio del marisco se altera, o buscar mercados distintos de aquel en el que operen las empresas ilegales, lo que les llevará a perder clientes y oportunidades.

Es decir, una riqueza económica real, existente, que podría producir puestos de trabajo con los consiguientes salarios, beneficios a sus propietarios y desarrollo económico y tecnológico, si se ve afectada por dinero procedente del narcotráfico, se convertirá en un sector improductivo o con beneficios adulterados. Veamos un ejemplo gráfico muy significativo.

El 13 de noviembre de 2002 se produce el desgraciado naufragio del *Prestige* en las costas ga-

llegas. Las cifras de pérdidas calculadas para dicho desastre oscilan entre los mil y los mil quinientos millones de euros. Muchos fueron los sectores económicos afectados por dichas pérdidas, y las ayudas oficiales tuvieron que acudir para salvaguardar el bienestar de muchas familias.

Entre 2001 y 2003 se produjo un aluvión de incautaciones que llevó a interceptar transportes con destino a las costas gallegas de más de 50 toneladas de cocaína. Es decir, los narcos gallegos perdieron unos 2.000 millones de euros. El efecto en la economía de las rías fue inmediato, pero frente a las miles de tragedias familiares del *Prestige*, el efecto fue tremendamente positivo.

El descenso de volumen de dinero negro en la economía gallega desembocó un aumento de mercado para los comercios lícitos y con ello más beneficios de industrias legales, incremento del

empleo y asentamiento de industrias con inversión en innovación y tecnología. Sólo las empresas que tienen una visión mercantil y una finalidad legal invierten en innovación y desarrollo para poder competir. Las que únicamente tienen por finalidad blanquear dinero no tratarán de beneficiar para nada al sector al que pertenezcan, y en el mismo momento en que no sean necesarias para blanquear, se cerrarán.

Frente a la tradicional idea de que el dinero de la droga llega a muchas personas, ha de dejarse claro de que el grupo de narcos que manejan cifras insultantes de beneficios es muy reducido. Que su repercusión directa en la población es casi nula. Y que, al contrario, el efecto que el dinero negro ocasiona en los sectores de producción que se utilizan para blanquearlo sí perjudica a amplios espectros de la población a los que se les está privando de un medio lícito de ganarse el pan.

La ley de la oferta y la demanda

2

JULIO ÁLVAREZ FARIÑAS

1. LA GEOPOLÍTICA DE LAS DROGAS

Las drogas son casi tan viejas como el mundo. Desde tiempos inmemorables cada cultura ha cultivado y usado las suyas, unas veces como medicina, otras con fines rituales y aun otras como medio de evasión y placer.

En los comienzos de la revolución industrial, a mediados del siglo XVIII, cuando empezó la reivindicación de la jornada laboral de 14 horas y seis días por semana, la administración de derivados del opio con carácter medicinal se utilizó de forma consciente para fomentar la pasividad del lumpen proletariado y como sucedáneo de los alimentos y el alcohol, cuyos precios servían de referencia para la fijación de los salarios.

Así, el opio, que había llegado siglos atrás a las culturas asiáticas con la expansión del mundo árabe, se acabaría convirtiendo, con el paso de los años, en un grave problema socioeconómico y sanitario en los países de Oriente, especialmente en China. Esto llevó a sus gobernantes a tratar de restringir al máximo su consumo. A pesar de que el emperador prohibió su importación a partir del año 1800, el mercado chino siguió consumiendo en los años siguientes un promedio de 340 toneladas de opio anuales, suministradas por los activos mercaderes ingleses, holandeses y portugueses, a cambio de su té, su seda y sus especias.

El opio fue la primera expresión de las drogas como valor de cambio. Los ingleses, enarbolando la bandera de la libertad de comercio, no duda-

ron en lanzar su armada contra el imperio del sol naciente. Así empezaron las guerras de las drogas y/o contra las drogas.

Los estados modernos empiezan a tomar cartas en el asunto a principios del siglo pasado, más por un conflicto de intereses que por una preocupación real por los efectos derivados de su uso y abuso.

Los problemas para la producción y comercialización de las drogas, según René Tapia Ormazábal, experto en el estudio de la dimensión económica del narcotráfico, comenzaron después de la Primera Guerra Mundial, una contienda de la que Inglaterra salió debilitada en el dominio económico internacional, quedando en desventaja frente a la pujante economía norteamericana. «Los Estados Unidos —explica el economista chileno-portugués— desplegaron una estrategia para combatir el poderío inglés en Asia y asegurar el dominio del Pacífico. Una de las tácticas utilizadas fue la puesta en marcha de las Conferencias Internacionales de Control de las Drogas, la primera de las cuales tuvo lugar en Shanghái en 1909.»

La lucha por el control del mercado internacional de los productos químico-farmacéuticos se intensificó de tal manera que en la Segunda Conferencia Internacional sobre el Opio, celebrada en 1912 en La Haya por iniciativa de Estados Unidos, Holanda se opuso a la pretensión de hacer extensivo el control del tráfico de drogas y narcóticos a la cocaína.

El tráfico ilícito de opiáceos se desarrolló vertiginosamente después de esa convención, ya que los países europeos productores de opio —Turquía, Serbia y Croacia— fueron excluidos del cártel estatal autorizado para su comercialización, al igual que las industrias farmacéuticas no monopolísticas de los países dominantes, incluidas las de la propia Inglaterra, Alemania, Francia, Holanda o Suiza.

Hasta el año 1914 la morfina era producida en laboratorios europeos y era distribuida en China con el pretexto de desintoxicar a los adictos al opio. La heroína había sido introducida en Estados Unidos por la multinacional farmacéutica Bayer en 1898. En 1914 el país ya contabilizaba 200.000 toxicómanos, pero no se prohibió su importación hasta 10 años más tarde.

«El discurso moralista —concluye René Tapia— se repite en la actualidad, aparentemente también con el objetivo de controlar el inmenso arsenal de capital financiero que circula libremente en un mercado mundial informatizado y globalizado.»

En Occidente, las drogas como problema social son un fenómeno relativamente reciente. Durante décadas sólo han estado al alcance de unos pocos que llegaban a ellas a través de ritos iniciáticos. Eran unas minorías de intelectuales y profesionales que tenían el suministro de la sustancia más o menos asegurado y que la consumían en un ámbito estrictamente privado.

A partir de la segunda mitad de los años sesenta del siglo pasado, y sobre todo en los setenta, el fenómeno se expande y se generaliza. En Estados Unidos guarda una clara relación con el movimiento hippie y con la guerra de Vietnam. Un 20 por 100 de los soldados que regresaban del frente volvían enganchados a la heroína.

Los problemas sociosanitarios relacionados con las drogas, con el paso de los años, no han hecho más que crecer, y lo han hecho de forma exponencial, hasta alcanzar tintes dramáticos en muchos casos.

En el último medio siglo el fenómeno ha desbordado el ámbito privado y ha adquirido unas connotaciones sociopolíticas y económicas a ni-

vel global de dimensiones altamente preocupantes, hasta convertirse en lo que algunos expertos definen como la máxima expresión del capitalismo salvaje.

Como problema global que es, la forma de abordar al fenómeno droga sólo puede salir de un amplio consenso en el seno de la comunidad internacional. Pero como quien manda manda, la respuesta desde hace medio siglo sigue estando marcada por la declaración formal de guerra total a las drogas, proclamada el 17 de junio de 1971 por el entonces inquilino de la Casa Blanca, Richard Nixon. Una declaración que según el intelectual disidente Noam Chomsky fue «un intento de revertir el movimiento antibélico y demócrata que surgió en los jóvenes estadounidenses durante la guerra de Vietnam».

CUADRO 2.1
Estimaciones de la ONU del consumo anual de drogas entre 1998 y 2008

	Opiáceos	Cocaína	Cannabis
1998	12,9 mill.	13,4 mill.	147,4 mill.
2008	17,35 mill.	17 mill.	160,00 mill.
% +	34,5%	27%	8,5%

El terreno para esta declaración de guerra se venía abonando desde diez años antes. La Convención Única de 1961 sobre estupefacientes ya había proclamado que el objetivo era «mejorar la salud y el bienestar de la humanidad». Ello implicaba la prohibición de todos los usos médicos de las drogas y de prácticas indígenas como el masticado de la hoja de coca.

La administración estadounidense, a esa guerra total contra las drogas ilegales, ejecutada a través de la DEA, creada en 1973, y de la CIA, destinó inicialmente un presupuesto de 100 millones de dólares anuales, pero en el año 2010 ya llevaban gastados en esa contienda más de 49.000 millones.

En cuatro décadas, sólo en Estados Unidos fueron arrestadas 40 millones de personas por delitos de drogas no violentos, y los delitos relacionados con la droga se han incrementado en el conjunto del país en un 1.200 por 100 desde la década de los ochenta.

2. ESTRATEGIA IMPUESTA

Esa estrategia bélica, centrada exclusivamente en el combate contra la oferta, no sólo fue impuesta al conjunto de la comunidad internacional sino que también ha servido de coartada a las distintas administraciones estadounidenses para intervenir en terceros países, en muchos casos con unos fines bien distintos de los proclamados oficialmente.

Colombia fue el gran laboratorio de ensayo de los planes antidroga de la administración estadounidense. El denominado Plan Colombia, puesto en marcha oficialmente en el año 2000 y con una vigencia de siete años, destinó más de 4.900 millones de dólares a la reducción de la oferta de cocaína. Los resultados, sin contabilizar los ecológicos derivados de las fumigaciones masivas, según datos de la propia CIA, fueron el aumento del 15 por 100 de los cultivos de hoja de coca y un 4 por 100 de la producción final de cocaína.

El Plan Colombia acabó con la hegemonía de los dos cárteles clásicos —Medellín y Cali—, pero propició la atomización del sector en unos 400 minicárteles. Aunque hoy nadie duda de que haya sido un estrepitoso fracaso como política de reducción de la oferta, paradójicamente sigue vigente.

Los resultados de esta estrategia basada en la criminalización de las drogas están a la vista. La industria del narcotráfico, que mueve en la actualidad más de 300.000 millones de dólares anuales en todo el mundo, es la que mejor ha sabido rentabilizar el fenómeno de la globalización y aprovecharse de la debilidad institucional de muchos estados, especialmente de Centroamérica y África occidental, que en algunos casos ya merecen la consideración de «estados fallidos», gobernados por auténticas «narcocracias».

3. MÁS CONSUMO

El consumo no ha dejado de aumentar en todo el mundo. No hay datos fiables sobre su evolución a partir de la puesta en práctica de esa política de tolerancia cero, impuesta por el gobierno del país que registra una mayor demanda de todo tipo de drogas, pero las estimaciones oficiales de Naciones Unidas referidas exclusivamente a la década comprendida entre 1998 y 2008 cifran en casi un 35 por 100 el incremento en el consumo de opiáceos, fundamentalmente heroína; en un 27 por 100 el de la cocaína, y en casi un 10 por 100 el de cannabis.

Las mismas fuentes estiman entre 200 y 250 millones el número total de usuarios de drogas ilícitas en el mundo, según se incluyan o no las sintéticas, aunque el número de dependientes de drogas problemáticas se reduce a un 10 por 100 del total de usuarios.

Los estudios más solventes parecen indicar que el uso individual de las drogas ilícitas tiene más que ver con el contexto socioeconómico del usuario que con el hecho de que sean o no legales. Apuntan los expertos que el uso problemático de las drogas guarda más relación con traumas personales, condiciones de vida o problemas emocionales que con la oferta.

Un mínimo seguimiento de la evolución histórica del fenómeno del narcotráfico permite constatar que los implicados en la comercialización de drogas ilegales son peones o mandos intermedios fácilmente reemplazables.

También resulta evidente que los países con una legislación represiva más dura son los que presentan mayores índices de uso de las drogas ilícitas. Por el contrario, las escasas iniciativas discriminatorias que se han puesto en práctica no han provocado un significativo aumento del consumo.

4. LA FALACIA DE LAS ESTADÍSTICAS

Los éxitos en la lucha contra las drogas se suelen medir en hectáreas de cultivo erradicadas,

kilos de droga incautados y número de traficantes detenidos. No se tienen en cuenta las víctimas de la violencia e intimidación relacionadas con el mercado de las drogas, el nivel de corrupción, los delitos menores de los usuarios dependientes, los muertos por la adulteración de las drogas y los efectos sanitarios colaterales —sida, hepatitis C—, los sobrecostos para el sistema sanitario, los efectos del blanqueo de los capitales que generan sobre la economía lícita ni la cultura delictiva que genera y/o consolida en los países de tránsito.

Los daños colaterales de esta estrategia bélica, centrada exclusivamente en la reducción de la oferta, no son menos elocuentes. México, un país de paso casi obligado de la cocaína hacia el primer mercado mundial, además de suministrador y productor de heroína, es el ejemplo más claro.

El balance de la guerra declarada por el presidente Felipe Calderón a los cárteles que operan desde el país azteca, con el apoyo formativo y tecnológico del Pentágono al ejército mexicano, movilizado para esta contienda, habla por sí solo: miles de millones de dólares invertidos, 42.000 muertes a julio de 2011, que pueden llegar a 72.000 al final de la legislatura, armamento militar de última generación procedente de Estados Unidos en manos de los narcos, agencias de seguridad privada norteamericanas operando en el interior del país con pleno respaldo tecnológico y logístico del Pentágono. Todo ello en poco o nada ha menguado el poder de los cárteles. Algunos de sus dirigentes siguen apareciendo en la relación de las mayores fortunas mundiales de la revista *Forbes*.

Eduardo Buscaglia, asesor de Naciones Unidas y catedrático de las universidades de Berkeley y Columbia, en una reciente visita a la Casa de América en Madrid, resumía la situación mexicana diciendo que «la delincuencia organizada mexicana es el Estado. No se puede comprender el fenómeno sin entender el sistema político mexicano y su evolución desde el partido único que prevaleció 70 años hacia lo que es hoy: un Estado fragmentado y criminal diferente».

5. OLIGOPOLIO

La decisión de considerar ilegales determinadas drogas, no tanto por sus características específicas sino más bien por razones político-jurídicas, convirtió a los derivados de la hoja de coca, de la amapola y del cannabis en irrefrenable objeto de deseo en una sociedad cada vez más opulenta, en la que la juventud, con el *garbanzo* resuelto en la mayoría de los casos, busca estímulos, no para evadirse de la cruda realidad cotidiana, sino para matar el aburrimiento.

El progresivo crecimiento de la demanda, unido a las políticas prohibicionistas, consolidó una potentísima industria agroalimentaria y farmacéutica controlada por organizaciones criminales que explotan lo que René Tapia Ormazábal denomina «la renta de la prohibición».

La ilegalidad del negocio de las drogas fomenta el oligopolio de la oferta, lo que le permite fijar los precios frente a un mercado atomizado en el que los consumidores se convierten en un eslabón fundamental de la cadena de distribución para financiar su propio consumo.

En este mercado, en el que las diferencias o los problemas internos no se pueden llevar a los tribunales, los conflictos se resuelven por la vía rápida con métodos violentos. Los beneficios del negocio dan con creces para pagar a sicarios y abogados, en caso de accidente, e incluso para comprar voluntades policiales y judiciales.

Al mercado de las drogas ilegales hay que sumar el de las legales, que en buena medida también está controlado por las empresas criminales: anfetaminas, barbitúricos, éter, antihistamínicos y tranquilizantes, además de las clásicas —alcohol y tabaco—, tradicionales en la cultura occidental.

6. LOS NUEVOS VICIOS DE LA VIEJA EUROPA

Estados Unidos, como primera potencia mundial, fue y sigue siendo en buena medida el primer mercado de todas las drogas, tanto de las

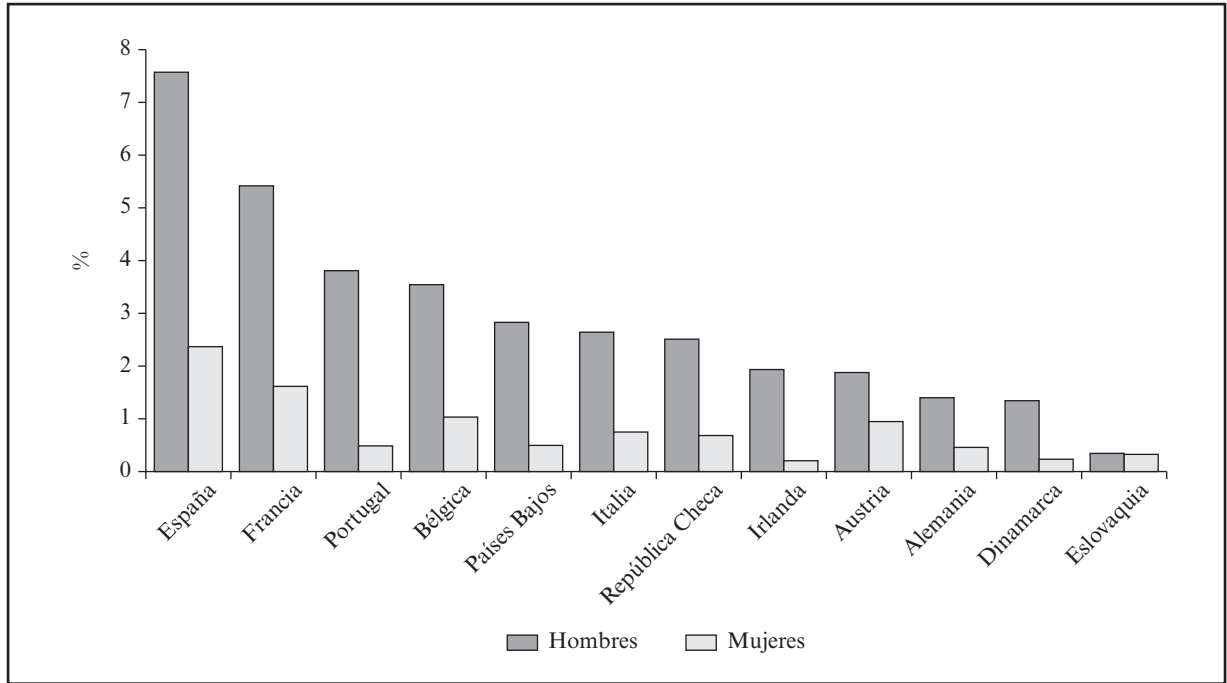


Figura 2.1. Prevalencia del consumo diario o casi diario de cannabis entre adultos jóvenes (15-34) en Europa.

prohibidas como de las legales, pero la versión oficial de la Casa Blanca frente al clamor generalizado del fracaso de las actuales políticas globales sobre drogas no ha variado. La Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP) sostiene que la tasa de consumidores de sustancias prohibidas en Estados Unidos se redujo a la mitad con relación a finales de los años setenta.

La vieja Europa, a medida que se fue consolidando como potencia económica, ha ido registrando una mayor demanda de las principales drogas ilegales, fundamentalmente cannabis, cocaína y, en menor escala, heroína y las sintéticas.

Desde el punto de vista cuantitativo, las sustancias más demandadas en el viejo continente son los derivados del cannabis. El informe del Observatorio Europeo de Drogas y las Toxicomanías (OEDT) de 2010 cuantifica en 78 millo-

nes el número de europeos, entre 15 y 64 años, que admiten haber consumido estas drogas, y en 12 millones el de consumidores habituales en esa misma franja de edad.

Según ese mismo informe, el consumo no dejó de aumentar en la mayoría de los países desde la década de los noventa, aunque parece haberse estabilizado. El cannabis se cultiva en 172 países. Las estimaciones de la Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD), con datos de 2008, cifran entre 13.300 y 66.100 toneladas la producción mundial de hierba de cannabis, y entre 2.200 y 9.900 la de resina (hachís). Las incautaciones en Europa (incluyendo Noruega, Croacia y Turquía) fueron de 99 toneladas de hierba y 594 de resina en 2010.

El mercado europeo se abastece fundamentalmente desde Marruecos. Informes recientes hablan del resurgimiento de la producción en países como Afganistán y Líbano, que tradicional-

mente siempre fue de superior calidad al marroquí. Afganistán ha tenido en el año 2010 una producción estimada de 1.200 y 3.700 toneladas de resina de hachís. Líbano se ha convertido en los últimos años en el tercer productor mundial de esta sustancia.

España, lugar de paso casi inevitable en el transporte terrestre procedente del norte de África, tradicionalmente ha desempeñado también un papel clave en el transporte marítimo, actividad en la que los experimentados contrabandistas de tabaco gallegos han tenido y, en menor medida, siguen teniendo un elevado protagonismo.

Pero los verdaderos amos del negocio han sido y siguen siendo, en buena medida, magrebíes afincados en Centroeuropa, Bélgica y Holanda fundamentalmente, bien conectados con los poderes fácticos de Rabat.

En España, la tipificación penal del tráfico de esta sustancia —poco más de seis años de cárcel— frente a la contemplada para el tráfico de las denominadas drogas duras —cocaína y heroína— ha convertido al tráfico de hachís a gran escala por vía marítima en una de las vías de financiación de otros tráficos de mayor riesgo y, por tanto, de mayor rentabilidad, como el de la cocaína.

En la última década, las políticas europeas relacionadas con el cannabis se han dirigido más a la represión policial del tráfico que a su consumo, que ha estado, si bien no legalizado, sí tolerado en algunos países centroeuropeos. Ello ha sido determinante para el desarrollo de las técnicas de cultivo intensivo en los países que registran una mayor demanda de esta sustancia.

Lo que empezó como una producción alternativa, dirigida básicamente al autoconsumo, se ha convertido con el paso de los años en una industria. Los avances en las técnicas de selección de semillas y de los cultivos hidropónicos intensivos en recintos cerrados, con unos rendimientos en sustancia tóxica muy superiores a los logrados por métodos extensivos en espacios abiertos, han sido determinantes en ese desarrollo.

Ya se han detectado a nivel continental grandes centros de producción dirigidos y controla-

dos por grupos de delincuencia organizada. Las tiendas de instrumentos de cultivo han proliferado como las setas en los últimos años en toda Europa y también en España.

6.1. Las drogas sintéticas

Si lograr un control eficaz de la oferta de los derivados del cannabis es un reto poco realista, los expertos independientes consideran que poner barreras efectivas a la de las drogas sintéticas es una utopía aún mayor, algo así como pretender ponerle puertas al campo.

En la mayoría de los países europeos las anfetaminas, el éxtasis y afines son las drogas más consumidas después del cannabis. Según el último informe de la OEDT, correspondiente al año 2011, en algunos países los consumidores de este tipo de drogas representan el mayor porcentaje de personas que requieren tratamiento en centros asistenciales.

El mismo informe aclara que, de las drogas sintéticas que provocan efectos estimulantes, la anfetamina es, con diferencia, la sustancia más fácil de adquirir en Europa. La popularmente conocida como éxtasis, por su precio y su fácil acceso, es la más consumida en ambientes discotequeros, aunque precisa que se ha producido una reducción gradual de su consumo y disponibilidad en muchos países europeos.

Los mismos grupos delictivos que controlan el mercado de las denominadas «drogas duras» están cada vez más introducidos en el negocio de las pastillas, en unos casos como complemento y en otros también como sucedáneo de la actividad principal. Las materias primas y las técnicas de fabricación están al alcance de cualquiera.

De las alucinógenas, la más popular es el LSD, cuyo consumo ha sido tradicionalmente bajo pero que parece haber repuntado. En los últimos años se ha detectado el uso con fines recreativos de la ketamina y la gamma-hidroxibutiriato (GHB), unas sustancias anestésicas usadas en la medicina humana y veterinaria desde hace más de tres décadas.

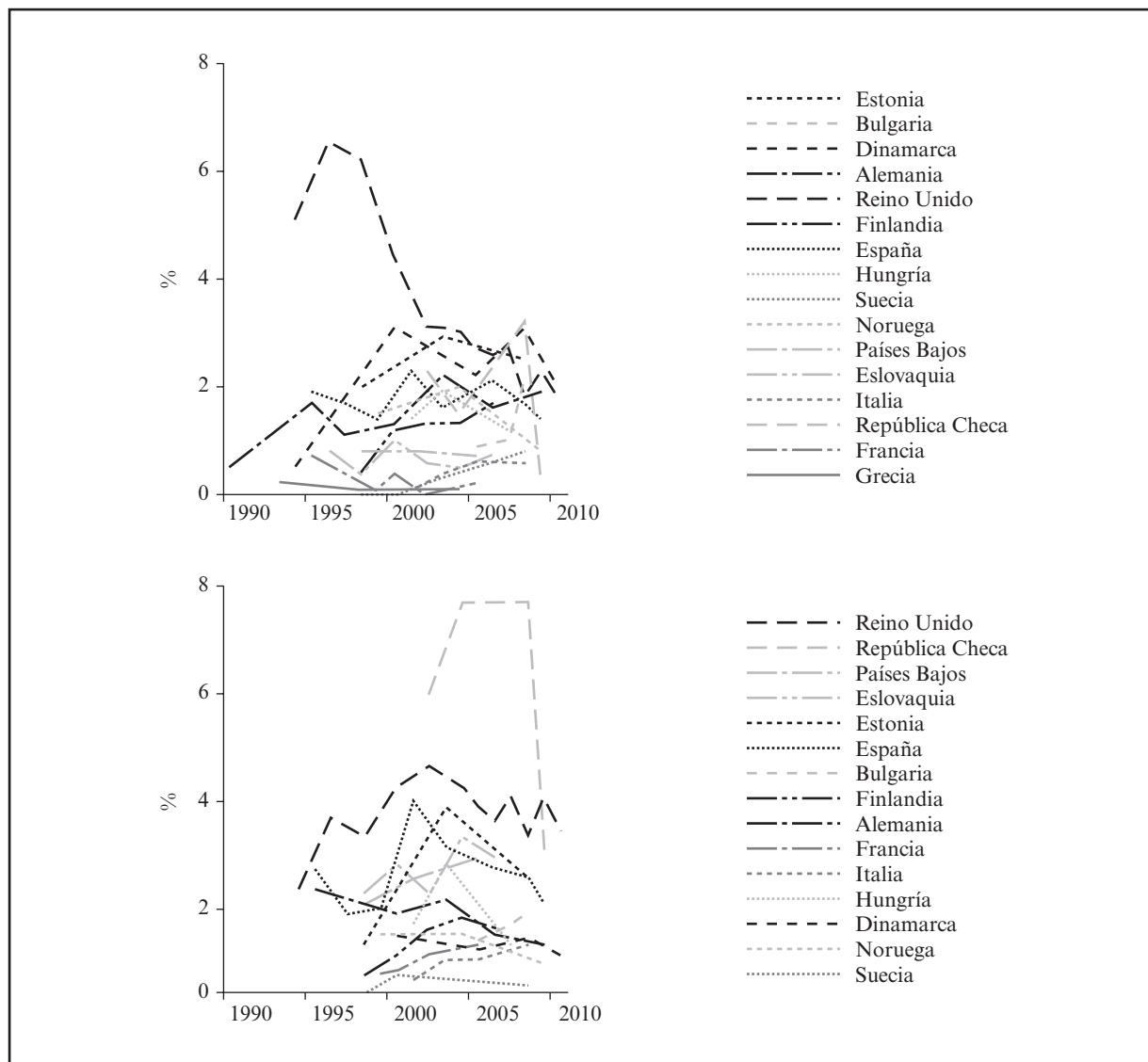


Figura 2.2. Tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas (arriba) y éxtasis (abajo) en el último año, en adultos jóvenes de 15 a 34 años.

La producción mundial de anfetaminas sigue concentrada en Europa, donde se localizaron el 80 por 100 de los laboratorios descubiertos en los últimos años. En el viejo continente fueron incautadas en 2009 7,5 de las 33 toneladas confiscadas a nivel mundial. El resto se localizaron en Orien-

te Medio —Arabia Saudí, Jordania y Siria—, Oriente Próximo y suroeste asiático.

Los principales países productores son, por este orden: Holanda, Polonia, Bélgica, Bulgaria y Turquía. En estos países, Europol localizó 19 centros de producción y/o almacenamiento.

6.2. La heroína

Se trata de la droga tradicionalmente más problemática en Europa, donde se puso de moda en la década de los sesenta. Es la que más rápidamente crea adicción en el consumidor, especialmente cuando se administra por vía parenteral, y la que genera un más rápido deterioro físico y mayores bolsas de marginalidad. En la actualidad sigue representando la parte más importante de la morbilidad y de la mortalidad ligadas al consumo de drogas en la Unión Europea.

Desde finales de la década de los noventa y los primeros años del siglo actual Europa ha experimentado un descenso en el consumo de esta droga y, consiguientemente, de los daños asociados a ella. Pero desde 2003-2004, según el OEDT, la tendencia se ha desdibujado, con indicadores que muestran una estabilización de la situación.

En el mercado europeo de las drogas ilegales han circulado desde siempre dos tipos de heroína: la brown sugar (marrón), procedente en su mayor parte de Afganistán, que es la más común. Menos común, y también más cara, es la heroína blanca, que procede generalmente del sureste asiático.

En algunos países de Europa septentrional —Estonia, Finlandia, Noruega— se utiliza el fentanilo, que es un opiáceo sintético, y sus análogos. En otros de Europa oriental —Letonia, Lituania y Polonia— se consumen opiáceos de producción casera, elaborados con paja o concentrado de tallos o cabezas molidas de adormidera.

Afganistán sigue siendo el principal productor mundial de opio ilegal. La heroína que se elabora a partir de la amapola cosechada en los campos afganos se introduce en Europa a través de dos ejes principales: la tradicional *ruta de los Balcanes*, que arranca de Afganistán y pasa por Pakis-

CUADRO 2.2
Producción, incautaciones, precios y pureza

Producción e incautaciones	Heroína
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	396
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	76
Cantidad incautada en la Unión Europea y Noruega (incluidas Croacia y Turquía) (en toneladas)	8 (24)
Número de incautaciones en la Unión Europea y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	56.000 (59.000)
Precio y pureza en Europa ⁽¹⁾	Heroína en forma de base (marrón)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Intervalo (Intervalo intercuartil) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Pureza media (%) Intervalo (Intervalo intercuartil) ⁽²⁾	13-37 (16,8-33,2)

⁽¹⁾ Son pocos los países que publican datos sobre el precio al por menor y la pureza de la heroína.

⁽²⁾ Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de las cantidades notificadas.

FUENTE: ONUDD (2011).

tán, Irán y Turquía hasta llegar a los distintos países de tránsito o destino, situados principalmente en Europa occidental y meridional.

La segunda es la *ruta de la Seda*, que atraviesa Asia central en dirección a Rusia. Una cierta parte de esta heroína atraviesa Bielorrusia, Polonia y Ucrania en dirección a otros destinos, en particular los países escandinavos, vía Lituania.

Dentro de la Unión Europea, los Países Bajos, en menor medida Bélgica, y España desempeñan un papel importante como centros de distribución secundarios. Individuos de la etnia gitana han desempeñado tradicionalmente, al menos en España, un papel clave en la redes de distribución minorista.

En Europa, las aproximadamente 59.000 incautaciones se saldaron con la interceptación de 24 toneladas de heroína en 2009, dos tercios de las cuales —16,1 toneladas— fueron notificadas por Turquía. Reino Unido, seguido de España, mantuvo el primer lugar por número de alijos confiscados (89). Los datos relativos al período 2004-2009 y correspondientes a 28 países que han facilitado esta información al OEDT indican un incremento del número global de incautaciones.

La tendencia general, por lo que se refiere a la cantidad de heroína interceptada en Turquía, difiere de la observada en la Unión Europea, lo que puede atribuirse, en parte, a una mayor colaboración entre las fuerzas de seguridad de Turquía y la Unión Europea.

Mientras que Turquía notificaba una cantidad tres veces mayor de heroína incautada entre 2004 y 2009, en la Unión Europea el porcentaje disminuía ligeramente durante el mismo período, sobre todo a causa de las reducciones en Italia y Reino Unido, los dos países que incautaron las mayores cantidades.

La pureza media de la heroína marrón, analizada en 2009, varió entre el 16 por 100 y el 32 por 100 en la mayoría de los países que facilitaron este dato. Entre 2004 y 2009 la pureza de este tipo de heroína aumentó en cuatro países, se mantuvo estable en otros cuatro y disminuyó en tres. Por lo general, la pureza media de la heroína blanca es mayor (25-50).

El precio al por menor de la marrón siguió siendo más elevado en los países nórdicos que en el resto de Europa, en torno a los 135 euros por gramo en Suecia y a los 95 euros en Dinamarca.

En conjunto, el precio varió entre 40 y 62 euros por gramo, en la mitad de los países que facilitaron este dato. Durante el período 2004-2009 el precio de venta al por menor de la heroína marrón descendió en la mitad de los 14 países europeos, que informaron sobre la evolución de este precio a lo largo del tiempo.

Esta caída de los precios, unida a la normalización de la *ruta de los Balcanes* a medida que se han ido cerrando los conflictos bélicos en los países por donde atraviesa, ha reactivado la oferta en el noroeste peninsular. Ello explica, con creces, la incautación de un alijo de casi 100 kilos en la frontera galaico-portuguesa el pasado mes de febrero.

6.3. La empresa cocaína

Roberto Saviano, el periodista y escritor italiano autor de *Gomorra*, un libro que puede ser considerado un auténtico tratado sobre la penetración de la criminalidad organizada en la economía legal europea, especialmente la de los países mediterráneos, y en el que el autor acredita ser un profundo conocedor de las interioridades de las distintas organizaciones mafiosas italianas, muy especialmente de la camorra napolitana, afirma que «no hay nada en el mundo que pueda competir con ella, nada capaz de alcanzar la misma velocidad de beneficio, nada que pueda alcanzar la misma distribución inmediata, el mismo abastecimiento continuo». Se refiere a la cocaína, «la mercancía cuyo mercado ha alcanzado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas, que admite cada vez mas inversores y más agentes comerciales y distribuidores», precisa.

Este codiciado *petróleo blanco* proviene de la hoja de coca, que ya mascaban los indios andinos 5.000 años antes de la llegada de los españoles y que siguen usando los paisanos del ex líder cocalero Evo Morales, actual presidente de Bolivia.

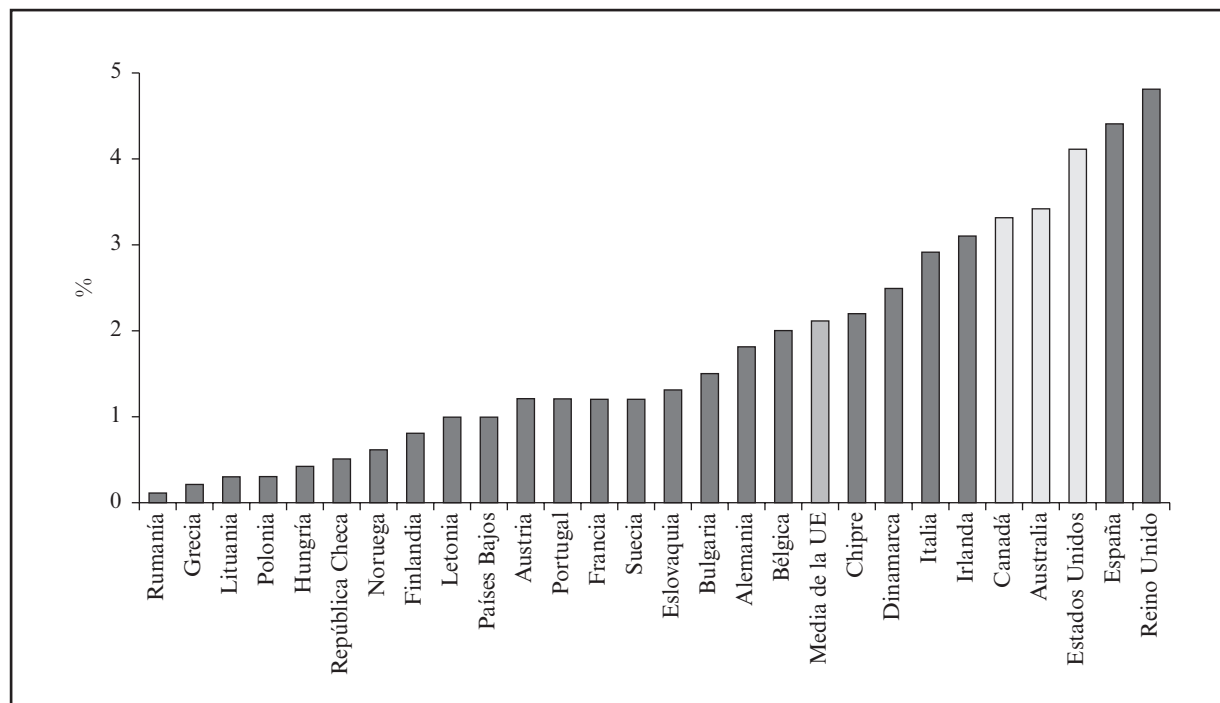


Figura 2.3. Prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre jóvenes de 15 a 34 años en Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos.

Pero la hoja contiene menos del 1 por 100 de cocaína. Sus efectos para la salud del consumidor son bien distintos de los del alcaloide que logró aislar la industria farmacéutica en el año 1859 y que comenzó a producir con fines terapéuticos. Freud lo recomendó para varias aplicaciones en sus escritos.

Angelo Mariani (1838-1914) fue un pionero en el negocio de la coca. Este químico corso logró una gran fama y una inmensa fortuna a finales del siglo XIX gracias a un vino de coca de elaboración propia que comenzó a fabricar en 1863 y pronto se convirtió en el favorito de muchas celebridades: William McKinley, el tercer presidente de Estados Unidos; Émile Zola, Paul Verlaine, Sigmund Freud, Louis Blériot, José Martí, Ulises Grant, Jules Verne, Thomas A. Edison, Alexandre Dumas, Louis y Auguste Lumière, Henrik Ibsen, Sarah Bernhardt, Robert L. Stevenson, Anatole France, Zadoc Khan, Jean Charcot, el



Figura 2.4.

príncipe de Gales, la reina Victoria, el zar Alejandro II, Alfonso XIII y el sha de Persia, entre otros.

El papa León XIII (1810-1903) resultó ser finalmente uno de los principales valedores de Mariani, ya que, en agradecimiento al tónico, llegó a prestar su efigie para la etiqueta y concedió una medalla de oro al inventor en reconocimiento a la capacidad de esa bebida para «apoyar el ascético retiro de Su Santidad».

Por esa misma época (año 1866) el farmacéutico John Pemberton hizo una variante del Vino Mariani: sustituyó el alcohol por la gaseosa, combinó la coca con el estrato de nuez de cola y fundó en 1892 la Coca-Cola Company. Una denuncia le obligaría años más tarde a sustituir la coca por la cafeína.

Las primeras fábricas de cocaína las montaron los holandeses en Ámsterdam en 1895, 25 años después de haber trasplantado el arbusto de la coca a las islas de Jamaica, Ceilán y Java. Esta última se convirtió en 1910 en la principal exportadora de hoja de coca, compartiendo el mercado mundial con Perú.

En el país andino, los alemanes habían instalado sus propias fábricas, desde las que suministraban a los mercados de Nueva York y Hamburgo, mientras que las Antillas holandesas suministraban a su metrópoli, primer mercado mundial, y a Japón, que reexportaba a Rusia y Manchuria.

7. LOS CÁRTELES COLOMBIANOS

La historia del mercado mundial de la cocaína, con los planteamientos de gran empresa multinacional que conocemos en la actualidad, arranca hace tres décadas y está directamente ligada a la de los dos cárteles colombianos más visibles en las décadas de los ochenta y los noventa del siglo pasado: Medellín y Cali.

Las familias mafiosas expulsadas de Cuba con la llegada de Fidel Castro al poder, que venían controlando la distribución de la heroína en el mercado estadounidense, empiezan a descubrir el potencial de la cocaína y entran en contacto con los grupos tradicionales de contrabandistas co-



Figura 2.5.

lombianos, especialmente los afincados en la región de Medellín.

El producto tuvo más éxito del previsible en un mercado como el estadounidense, consumista por definición. Frente a una creciente demanda se articuló la oferta, canalizada inicialmente a través de la cada vez mayor colonia de emigrantes a Estados Unidos, fundamentalmente a los estados del sur, que iban en busca de trabajo tras la crisis del incipiente sector textil colombiano que pretendía dar un valor añadido a la producción algodonera del país.

El éxito de este nuevo contrabando de Colombia hacia Estados Unidos fue tal, que lo que se inició como un eslabón más de un rudimentario negocio de transformación de la hoja de coca originaria de Perú y Bolivia primero en pasta base y luego en clorhidrato de cocaína empezó a consolidarse como una de las primeras industrias del país, de la mano de organizaciones criminales complejas.

En este contexto, surgieron varios grupos que inicialmente operaban de forma descentralizada, entre los que descollaron los históricos cárteles de Medellín y Cali, que fueron los hegemónicos pero que convivieron con otros con menos capacidad y trascendencia mediática, como los de Bogotá y la Costa.

La conformación y la expansión de estos grupos criminales desencadenó una de las etapas más violentas de la historia reciente de Colombia y sirvieron de coartada para una intervención exterior, más o menos abierta, también para la pervivencia del fenómeno terrorista de las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias) y para el nacimiento de grupos paramilitares que acabaron confluyendo en las AUC (Autodefensas Unidas de Colombia).

La presión y la ayuda internacional, especialmente de Estados Unidos, hicieron posible que el Estado colombiano lograra a mediados de los noventa, descabezar a los dos cárteles hegemónicos, pero no redujo la oferta de cocaína andina en los mercados. El espacio que dejaron estos dos grupos fue ocupado por el del Norte del Valle, que se quedó con las rutas del de Cali,

pero no tardó en correr la misma suerte que los dos anteriores.

A partir de ahí la lucha por la hegemonía provocó la atomización del sector en unos 400 grupos, la mayoría de los cuales, sin la capacidad logística de los históricos, no tardaron en ser cooptados por los paramilitares y las guerrillas, y sus recursos económicos, reinvertidos en hombres y material bélico. Las FARC y las AUC se convirtieron así en los nuevos grandes cárteles, centrándose en el control de la producción de la materia prima y en la venta de la cocaína a compradores mayoristas.

Esta nueva dinámica también potenció a los cárteles mexicanos, que hasta entonces habían venido centrando sus esfuerzos como mayoristas y minoristas en el mercado estadounidense. Igualmente posibilitó la entrada en el negocio mayorista de las grandes mafias europeas, especialmente la camorra y la n'drangheta italianas, que pasaron a desempeñar en el viejo continente un papel similar al de los mexicanos en América, aunque de manera más discreta.

Los estudiosos de este fenómeno delictivo coinciden en señalar que la desaparición de los dos grandes cárteles colombianos no tuvo el impacto negativo esperado en el mercado. En la última década, según datos de la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD), la producción anual de la cocaína pura se ha estabilizado en torno a las 800 y 1.000 toneladas, y las incautaciones a nivel mundial, según la misma fuente, en las 732 toneladas. De ellas el 60 por 100 fueron confiscadas en distintos países de América del Sur, fundamentalmente Colombia; un 18 por 100, en América del Norte; un 8 por 100, en Europa, y el resto, en distintos puntos del mundo. Todo ello a pesar de que en el año 2009 sólo en Colombia se dismantelaron 2.900 laboratorios de producción de cocaína y fueron incautadas 23 toneladas de permanganato potásico, el principal precursor químico utilizado en la elaboración de la cocaína.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en su informe anual correspondiente al año 2011, en base a datos del año anterior, estima que el mercado estadounidense

consume entre 150 y 160 toneladas anuales y que en el europeo entran unas 120 toneladas.

8. EL MERCADO EUROPEO: ESPAÑA, LA PUERTA DE ENTRADA

El interés por el mercado europeo de los distintos grupos colombianos productores de cocaína empieza a tomar forma a mediados de los ochenta. España fue elegida como puerta de entrada preferencial por obvias razones geográficas, pero también culturales.

La fachada atlántica de la península Ibérica ofrecía una excelente plataforma de desembarco para los transportes por vía marítima. Barajas es un aeropuerto con excelentes enlaces con toda Sudamérica y con suficiente volumen de tráfico para que los controles aduaneros no se puedan permitir el lujo de perder mucho tiempo en el registro de los pasajeros. Pero, sin duda, el principal atractivo, cuando de hacer negocios se trata, es el idioma común. Facilita la comunicación y evita los malentendidos.

El coyuntural paso de importantes hombres de negocios colombianos del sector de la cocaína por prisiones madrileñas les permitió conocer a varios gallegos que no habían podido eludir la redada del otoño de 1983, que marcó el principio del final del contrabando industrial de tabaco en la costa atlántica peninsular.

Se juntaron el hambre con las ganas de comer: los gallegos necesitaban reponerse del golpe sufrido y de liquidez para afrontar las fianzas que les permitiesen recobrar libertad y los colombianos cayeron en la cuenta de que la experiencia acumulada por los gallegos en el transporte marítimo y desembarco de las cajas de Winston podía ser de gran utilidad para alijar unos fardos de cocaína que, con menos volumen, dejaban una rentabilidad muy superior.

En un primer momento, sólo una mínima parte de los contrabandistas históricos tuvieron la oportunidad de entrar en el goloso negocio del tráfico de cocaína. Como el filón del contrabando de tabaco estaba agotado, en una primera fase la recon-

versión mayoritaria pasó por el tráfico de hachís por vía marítima. En muchos casos aprovecharon el mal momento que estaban pasando algunos armadores, cuyos barcos estaban faenando en el banco canario-sahariano o en el del Gran Sol.

Transportar fardos de hachís entrañaba menos riesgos, en cuanto a penas de cárcel, y en cantidades importantes resultaba bastante más rentable que la mejor marea.

Con la cocaína, algunos ya habían descubierto un nuevo Eldorado. En la segunda quincena de julio de 1986 era interceptado en A Coruña el mayor alijo de cocaína de Europa: 77,810 kilos. Hasta entonces sólo se habían interceptado el año anterior 70 kilos en un domicilio holandés y otros 50 a bordo de un barco —el *Lady K*— en Las Palmas.

La droga fue descubierta en A Coruña, en el carguero de bandera colombiana *La Guajira*, que había atracado el día 21 en el muelle Centenario. El buque transportaba oficialmente haba de soja al puerto de Valencia y tenía como destino final Estados Unidos. En el operativo policial desplegado por la Brigada Central de Estupefacientes habían sido detenidas nueve personas —siete colombianos y dos españoles—, dos de ellas cuando se disponían a viajar en taxi a León con 2,66 kilos de cocaína.

Casualidad, o tal vez no tanto, dos años después —noviembre de 1989— los lectores del diario madrileño *El País* se desayunaban con la noticia de que en A Coruña, el distrito financiero de Galicia, residía José Nelson Ballesteros Matta, hermanastro del capo hondureño José Ramón Matta Ballesteros, extraditado el año anterior a Estados Unidos, donde estaba reclamado por haber ordenado en 1985 en México la muerte del agente de la DEA Enrique «Kiki» Camarena, después de haberlo torturado salvajemente.

El rotativo madrileño había sacado a la luz las inversiones de los Matta en A Coruña, asociados con conocidos personajes de la vida local. José Nelson y el caniche con el que a diario salía a caminar el paseo marítimo coruñés desaparecieron pronto de la ciudad herculina, y su hermanastro figuró dos años más tarde en la larga relación

de procesados por el entonces juez Baltasar Garzón en el histórico sumario 13/90 (caso Nécora).

José Ramón Matta y otros capos colombianos procesados en el mismo sumario nunca llegaron a sentarse ante el banquillo de un tribunal de justicia español, unos porque, aunque llegaron a estar detenidos en España y reclamados por la justicia norteamericana, fueron extraditados a Colombia por delitos menores (robo de cabezas de ganado), y otros porque ya estaban cumpliendo condenas de cadena perpetua en Estados Unidos.

Mientras tanto, el acuerdo alcanzado entre los colombianos y los contrabandistas gallegos estaba funcionando aceptablemente bien. Hasta casi cuatro años después de la incautación del alijo que había llegado a bordo del barco *La Guajira*, los servicios antidroga españoles no lograron interceptar ninguna partida significativa de esta droga, a pesar de que existían bastantes indicios, estaba entrando regularmente por las costas galaico-portuguesas. Y ello fue posible gracias a las investigaciones que sobre el terreno venían efectuando servicios policiales especializados desplazados desde Madrid, a las órdenes del juez Baltasar Garzón y del entonces teniente fiscal antidroga Javier Zaragoza.

Esas investigaciones, que arrancaron de los testimonios de algunos peones de los narcos que optaron por colaborar con la justicia después de ser detenidos, hicieron posible en junio de 1990 la famosa operación Nécora, en la que no se logró confiscar un solo gramo de droga pero sí había servido para sacar a la superficie la punta de un iceberg que aún sigue flotando por los océanos delictivos.

Una parte sumergida de ese iceberg no tardó en emerger. Tras la confiscación en carretera de dos alijos casi consecutivos de unos 300 kilos cada uno en la primavera de 1990, el eficiente trabajo policial permitió interceptar meses más tarde otros dos cargamentos, uno de 500 kilos y otro de 1.200, que la misma organización galaico-colombiana había logrado desembarcar en Portugal.

Lo que originariamente eran transportes de cientos de kilos pronto pasó a ser de toneladas. Inicialmente el *modus operandi* de estos grupos

respondía al siguiente esquema: si a la organización transportista gallega sus medios marítimos —mayoritariamente barcos viejos que ya estaban para el desguace— les permitían atravesar el Atlántico, los colombianos les entregaban la mercancía cerca de sus costas, pero antes, tenían que enviar a Colombia a uno de los suyos —habitualmente de la familia—, que quedaba allí como garantía de cumplimiento del contrato verbal de transporte. Los colombianos, a su vez, mandaban en el barco a un hombre de confianza, que era el encargado de certificar que la mercancía había llegado a tierra o que se había perdido, bien por accidente o por la intervención de los servicios antidroga.

En caso contrario, cuando el medio de transporte que ofrecían los gallegos no tenía capacidad para atravesar el Atlántico, la mercancía se le entregaba a mitad de camino a un pesquero que se encargaba de acercarla a aguas europea, hasta ponerla al alcance de las lanchas rápidas (planeadoras), cuya misión era hacer la última y más delicada fase de la travesía: llevar la mercancía a la costa.

Esta forma de operar fue decayendo a medida que iba mejorando la calidad de las investigaciones policiales, con la colaboración a nivel de inteligencia de las agencias antidroga extranjeras, y aumentaban los recursos humanos y materiales destinados por el Estado español a luchar contra este negocio.

La denominada operación Temple, a finales de los años noventa, dismanteló una compleja infraestructura de transporte marítimo, almacenamiento y distribución bajo el control directo de los colombianos y con los socios gallegos con menos autonomía que en etapas anteriores, se puso en evidencia la extraordinaria capacidad de las organizaciones de narco transportistas para adaptarse a los nuevos tiempos y la manifiesta mejora de la respuesta judicial y policial por parte del Estado español.

Diferentes grupos colombianos empezaron a unirse en el transporte marítimo para así reducir gastos y compartir riesgos. Eran los tiempos en los que la droga se distribuía desde buques facto-

ría como el *Tamsaare* a distintos barcos que la acercaban a las costas peninsulares, donde los socios gallegos a cambio de una comisión a pagar en mercancía, que oscilaba entre el 20 y el 25 por 100 del total del alijo transportado, se encargaban de conducirla por mar primero hasta la costa y luego por tierra hasta los centros de distribución que las organizaciones colombianas tenían montados en Madrid y sus alrededores.

La presión policial forzó la apertura de nuevas rutas, como la africana, y potenció un sistema de transporte: el de los contenedores, que siempre ha existido pero que nunca fue considerado una alternativa sino un método complementario, ya que requiere una infraestructura empresarial legal que suele resultar más cara y exige una mayor inversión en la compra de voluntades en los puertos, tanto de origen como de destino.

9. LAS RUTAS

Las rutas de la cocaína hacia Europa en los últimos años han tenido a Venezuela como principal punto de partida. La República Bolivariana, que comenzó siendo el Wall Street donde confluían los clientes europeos con los suministradores colombianos para negociar los alijos, con el paso del tiempo se ha convertido en la principal puerta de salida, por tierra, mar y aire, de la cocaína colombiana hacia los dos grandes mercados: el norteamericano y el europeo.

En la última década han ido perdiendo protagonismo y presencia los enlaces de los principales servicios de policía extranjeros, que venían ejerciendo labores de inteligencia antidroga en el país. Paralelamente, una parte de los servicios operativos antidroga venezolanos (Guardia Nacional, PTJ), que inicialmente cobraban a los colombianos por hacer la vista gorda, acabaron creando sus propios cárteles: el de los Soles, en el seno de las fuerzas armadas, y el de los Comisarios, en el de la policía.

Una de las víctimas de la guerra entre ambos cárteles fue Walid Makled, un próspero empresario venezolano del sector del transporte, de origen

libanés, que, en pago a los servicios prestados en momentos difíciles al gobierno bolivariano, se hizo con el control de una línea aérea y del puerto en Puerto Cabello, uno de los principales accesos comerciales al país en el tráfico de contenedores.

Se llegó a decir que por Venezuela no transitaba un gramo de droga que no pagase peaje a Makled, quien hace un par de años fue detenido en Colombia. Lo reclamaban desde Estados Unidos, entre otras razones porque le atribuían la titularidad de un Jumbo que transportaba más de 5.000 kilos de cocaína hacia aquella nación pero que no pudo llegar porque se vio obligado a efectuar un aterrizaje forzoso en México, donde le descubrieron la carga.

También lo reclamaba Caracas para hacerle callar, ya que desde la cárcel advirtió de que estaba en condiciones de demostrar documentalmente que tenía en nómina a un buen puñado de generales, magistrados y políticos de su patria. Al final se impuso el pragmatismo y el presidente de Colombia, José Manuel Santos, acabó intercambiando cromos con Chávez: tú me entregas guerrilleros de las FARC y saldas las deudas con mis empresarios y yo te mando a Makled. El trueque se consumó a mediados del año 2011, sin que los estadounidenses, que antes tuvieron acceso al reo y a la valiosa información que atesoraba, pusiesen el grito en el cielo.

Otros puntos de partida de las rutas de la cocaína hacia las costas de la península Ibérica, según los informes del OEDD y Europol, son los puertos de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Surinam y la propia Colombia.

Cuando optan por el sistema de contenedores, los destinos pueden ser también los puertos de otros países centroeuropeos, como Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido.

Los aludidos informes identifican tres principales rutas marítimas en dirección a Europa:

La ruta del Norte parte de América del Sur y llega a Europa a través del Caribe. La JIFE ha estimado que el 40 por 100 de la cocaína introducida en Europa pasa por el Caribe, por donde circula también parte de la cocaína destinada al mercado de América del Norte. En una primera

fase, la droga puede transportarse directamente por mar o aire a las islas del Caribe, pero también puede circular por tierra a la costa caribeña de América del Sur, por ejemplo a través de países como Venezuela. El trasbordo y ulterior transporte a Europa se organizan desde las islas.

Frecuentemente es utilizado el transporte marítimo, especialmente las embarcaciones de recreo, los buques de carga y los buques portacontenedores. También se utilizan aeronaves para lanzar fardos de cocaína en aguas internacionales a la espera de ser recogidos por buques. La última variante de esta modalidad, descubierta por los servicios antidroga, es la utilización de grandes mercantes de línea regular con tripulaciones compradas que hacen de buques factoría, suministrando pedidos de unos pocos fardos sobre la marcha a organizaciones que se encargan de recoger la mercancía del agua en alta mar, en puntos previamente convenidos del recorrido. En esta modalidad, el grupo destinatario de la mercancía asume todos los riesgos y ha de pagarla, incluso si la pierde o es incautada por los servicios antidroga.

La ruta central se extiende desde América del Sur, por ejemplo, Brasil, hasta la península Ibérica, con posible tránsito en Cabo Verde, las Azores, Madeira o las islas Canarias. El tráfico es realizado frecuentemente por mar, utilizando grandes buques que cargan desde planeadoras o lanchas rápidas. Después se transborda la droga a ubicaciones como Cabo Verde o las islas Canarias y se transporta a la península Ibérica en embarcaciones más pequeñas, especialmente buques pesqueros y planeadoras. En la ruta central también se utilizan los correos que se desplazan por vía aérea, sobre todo a través del aeropuerto madrileño de Barajas.

La ruta de África occidental, principalmente, los países que se extienden a lo largo del golfo de Guinea y la costa de Cabo Verde. Lleva utilizándose desde hace algún tiempo, como región para transbordar y almacenar cocaína procedente de América del Sur con destino a la Unión Europea. Los informes oficiales vienen señalando en los últimos cinco años que Benín, Gambia, Ghana,

Guinea, Guinea Bissau, Nigeria, Sierra Leona y, más recientemente, Mauritania y Togo están seriamente afectados por el tráfico de cocaína. Según los datos de la ONUDD las incautaciones de cocaína en África se han multiplicado por siete.

Desde los países de África occidental, la droga entra en Europa por distintas vías: barcos pesqueros que faenan en esas aguas, lanchas rápidas semirrígidas que se reabastecen de combustible a lo largo de la travesía por medio de gasolineras flotantes, habilitadas por las propias organizaciones en viejos mercantes, pequeñas aeronaves privadas que llegan a aeropuertos europeos, correos humanos enviados en vuelos comerciales como «mulas», transportando la droga en el interior o exterior de su cuerpo, aplicando con frecuencia un *shotgun approach*, es decir, colocando varios correos en cada vuelo y confiando en la capacidad limitada de los cuerpos y fuerzas de seguridad para registrar a un gran número de pasajeros.

Los estados miembros de la Unión Europea también han informado de un incremento del arresto de correos de cocaína procedentes de África occidental, que han atravesado países de África del Norte como Argelia, Libia o Marruecos para ocultar su verdadero origen, y de la existencia de contactos con bandas de delincuentes marroquíes para traficar con cocaína a través de las rutas de contrabando de cannabis, haciéndole ver a los transportistas que se trata de hachís.

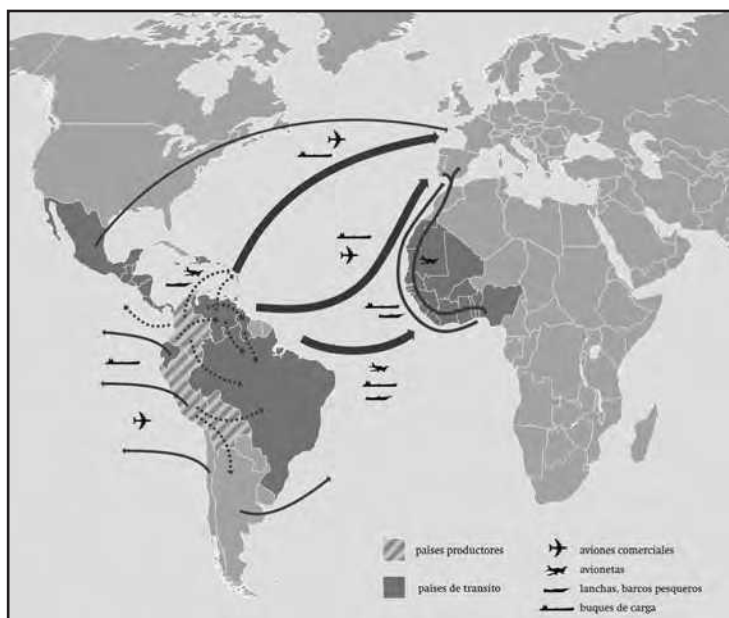
Europol afirma que en los últimos años bandas colombianas y bandas de Argentina, Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela se han visto implicadas en el tráfico de cocaína hacia África occidental. Estas bandas han establecido rutas aéreas y marítimas de suministro, instalaciones de almacenamiento y un amplio abanico de negocios legales para encubrir sus actividades ilegales y justificar su presencia, cooperando estrechamente con bandas de delincuentes de África occidental, y han aprovechado al máximo la inestabilidad económica, social y política de la región. Se ha llegado a confiscar alguna aeronave cargada, abandonada tras un aterrizaje forzoso, que había partido de instalaciones militares venezolanas.

La operativa de los grupos de traficantes de cocaína en la región se ve favorecida por el escaso control y la facilidad de paso de las fronteras entre los estados, el pobre control gubernamental de grandes extensiones de territorio, el elevado grado de corrupción, las dificultades legales y los problemas vinculados a la cooperación de los cuerpos y fuerzas de seguridad a escala nacional e internacional.

Pero no todo son ventajas en la ruta africana. Ya en 2008 Naciones Unidas informó de un «declive sustancial» en la incautación de cocaína que transita por África (el 8 por 100) y de un descenso pronunciado en la cifra de correos de cocaína africanos arrestados en los aeropuertos europeos. Sobre la base de un análisis de las incautaciones europeas de origen conocido, la ONUDD estima que el 6,8 por 100 de la cocaína incautada en Europa había sido objeto de contrabando a través de África occidental, lo que supone un descenso del 28 por 100 en 2007, pero sigue siendo superior al 2,7 por 100 estimado en 2005.

Aunque consideran que son necesarios datos adicionales para confirmar un descenso real de los flujos de cocaína en África occidental, los expertos consideran que la inestabilidad política de la región, que inicialmente pudo haber sido un reclamo para el asentamiento de grupos de delincuencia organizada, en la práctica se convirtió en un obstáculo para sus actividades y los llevó a explorar nuevas rutas, como la del Báltico.

La ruta de los Balcanes. La mayoría de cargamentos de cocaína procedentes de América del Sur siguen teniendo como destino Europa occidental, pero en los últimos años se han producido importantes incautaciones de cocaína, con frecuencia oculta en contenedores, en los Balcanes. Por ejemplo, en enero de 2009 las autoridades de Constanza (Rumanía) se incautaron de 1,2 toneladas de cocaína oculta en un cargamento de madera. La investigación posterior descubrió 3,8 toneladas adicionales de cocaína en el punto de carga inicial, en el puerto de Paranagua (Brasil).



FUENTE: www.realinstitutoelcano.org (© Can&Able, 2009).

Figura 2.6.

Según Europol, un número cada vez mayor de nacionales de los países balcánicos también se ha implicado en el tráfico de cocaína en los últimos años. Asimismo, Albania se ha utilizado como país para almacenar cocaína, junto a su función tradicional en el tráfico de heroína en la ruta de los Balcanes. Este factor, junto con el incremento de la participación de grupos de delincuencia organizada de esta región, podría indicar que la infraestructura de tráfico existente, especialmente para el tabaco y la heroína, se utiliza actualmente para el envío de cantidades cada vez mayores de cocaína.

Las rutas representadas en este mapa han sido elaboradas por el OEDT a partir de una síntesis de diversos análisis realizados por diversos organismos nacionales e internacionales. El análisis está basado en información sobre decomisos realizados en dichas rutas, además de información sobre inteligencia de diversas fuentes, como fuerzas policiales de diversos países e informes específicos.

10. LA DISTRIBUCIÓN EN EUROPA

En una primera fase de su expansión y consolidación como estructuras empresariales que pretenden dar una respuesta eficiente al mercado global del producto, las multinacionales de la cocaína eligieron España y más concretamente la comunidad de Madrid y la Costa del Sol para gestionar las redes de distribución y comercialización en Europa.

A Madrid llegaban los grandes alijos, las toneladas que circulan a diario a través del Atlántico, era la caleta de Europa. Allí acudían los compradores mayoristas que mueven partidas de decenas o cientos de kilos, en el mercado interior de la Unión Europea. En Madrid también radicaban las oficinas de recaudación y los gestores del cobro por la vía ejecutiva (la de la fuerza), que emplean matones profesionales, radicados en España o desplazados *ex profeso* desde Colombia, si el caso lo requiere.

Madrid era un gran zoco, donde se comercializaba la cocaína en Europa, pero los sucesos del 11

de marzo de 2004, hizo que se incrementasen los controles de todo tipo y que el centro de operaciones, al menos en parte, se desplazase a Nápoles.

Hoy, buena parte del control de la distribución mayorista en el mercado europeo ha pasado a manos de los italianos: la Camorra y la antigua 'Ndrangueta calabresa, ya más conocida como Cosa Nova. Estos dos grupos mafiosos se han convertido hace ya años en los interlocutores privilegiados del cártel de los paramilitares colombianos de las AUC, que estaban lideradas por Salvatore Mancuso.

En esta nueva etapa surge con fuerza la figura del intermediario, un personaje bien relacionado con los suministradores de la cocaína, que invierte en la operación y luego le ofrece la mercancía al mejor postor. Esta operativa, aunque de entrada pudiera parecer que reduce márgenes comerciales para el proveedor y el comprador mayorista final, acaba resultado más rentable, porque reduce riesgos, ya que, en caso de ser detenidos, apenas van a poder aportar información sobre el origen de la partida.

Investigaciones judiciales recientes en Italia han puesto de manifiesto que los intermediarios napolitanos operan en España: Madrid, Barcelona y Málaga; Francia: Marsella y París; Holanda: Ámsterdam y La Haya; Bélgica: Bruselas, y Alemania: Múnich, y que mantienen contactos con correos de Croacia, Atenas, Sofía, Plevén (Bulgaria), Estambul, Bogotá y Cúcuta (Colombia), Caracas, Santo Domingo y Miami. Toda una red global.

11. Y COMO RESPUESTA, VOLUNTARISMO

La dimensión de esta realidad es bien conocida por las autoridades europeas y las de los principales países miembros afectados. La respuesta, al menos hasta la fecha, ha ido y sigue yendo a remolque de los acontecimientos. Sólo voces individuales, afortunadamente cada vez más y con menos disimulo, consideran un estrepitoso fracaso la actual política global en materia de drogas ilícitas.

En el caso de España, lugar de paso casi obligado para las sustancias ilícitas con más protagonismo en el mercado, los efectos más constatables son, por un lado, las elevadísimas tasas de consumo, por la sobreabundancia de oferta, y, por otro, el asentamiento de todo tipo de grupos dedicados en exclusiva a actividades vinculadas a la criminalidad organizada.

El primer gran aldabonazo se produjo hace más de dos décadas con la histórica operación Nécora. Desde entonces, un excelente trabajo policial y de inteligencia, respaldado de forma desigual por el aparato judicial, en un primer momento desde la Audiencia Nacional y desde la Fiscalía Especial Antidroga, arrojó unos resultados tangibles.

Durante años, España se convirtió en el gran cancerbero de Europa. Los servicios antidroga españoles llegaron a interceptar más del 50 por 100 del total de los alijos que venían con destino al mercado de la Unión Europea, fundamentalmente a golpe de abordajes de barcos en aguas internacionales, una modalidad de interceptación en la que los distintos grupos antidroga españoles —policía nacional, guardia civil y aduanas— fueron pioneros en Europa.

Pero desde un primer momento todo pivotó fundamentalmente sobre una acción voluntarista de personas concretas, con nombres y apellidos. Con el paso de los años, el entusiasmo y, paralelamente, el protagonismo mediático del tema fueron decayendo. Paradójicamente, a medida que la

dimensión del problema fue aumentando, decrecía la sensibilización social.

A comienzos de la década actual, desde algún juzgado gallego se intentó reconducir el tema y coordinar unos servicios policiales que habían llegado a enfrentamientos directos en la disputa de las medallas y los laureles. Los resultados, a nivel de estadísticas, volvieron a ser espectaculares, pero falló el respaldo institucional, porque el país sigue careciendo de una política definida en materia de drogas.

Con este panorama, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, sólo se vislumbra una alternativa coherente: la que propugna la Comisión Global de Política de Drogas en su manifiesto de junio de 2011. Esta comisión, integrada por una treintena de personalidades del mundo de la política y de la cultura de todas las tendencias, incluidos ex presidentes de gobierno y algún ex secretario de Estado de Estados Unidos, demanda un replanteamiento en profundidad de la actual política internacional de drogas ilegales para buscar la forma de darle un tratamiento similar al que tienen las que actualmente son legales: alcohol, tabaco y psicofármacos. No hacerlo sólo servirá para consolidar el papel de las actuales drogas ilegales, especialmente de la cocaína, como el motor de la economía mundial, consolidando así las vigentes estructuras del crimen organizado.

El día en que se dedique aunque sólo sea una parte de los recursos que ahora se gastan en luchar contra la oferta en prevenir la demanda, los resultados a medio plazo serán palpables.

Repercusiones y consecuencias del consumo de tabaco. ¿Cómo intervenir en tabaquismo?

3

M.^a JESÚS GARCÍA BLANCO
MÍRIAM OTERO REQUEIJO

1. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): «El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar nunca el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones lo consumen o lo han consumido, y más de 600.000 son personas no fumadoras expuestas al humo ambiental. Cada seis segundos aproximadamente muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada diez defunciones de adultos. Hasta la mitad de los actuales consumidores de tabaco acabarán falleciendo por una enfermedad relacionada con el tabaco. Esa cifra podría elevarse a más de ocho millones en 2030 a menos que se tomen medidas urgentes para controlar la epidemia de tabaquismo».

El consumo de tabaco a lo largo de la historia ha pasado por diferentes etapas tanto en la forma del consumo como en su aceptación social, e incluso ha llegado a ser considerado una planta medicinal a la que se atribuían propiedades curativas. Pero no es hasta principios del siglo XX cuando su consumo se generaliza de forma masiva debido al cambio en la producción, al pasar a elaborarse de forma industrializada, lo que da como resultado un abaratamiento de los precios y una mayor accesibilidad al producto para todas las clases sociales que desembocan en un aumento del consumo. Es en este momento cuando podemos empezar a hablar de epidemia del tabaco.

La relación de causalidad entre el consumo de tabaco y la aparición de enfermedades no es establecida hasta mediados del siglo XX. Son los trabajos de Doll y Wynder los primeros en establecer una relación sólida entre consumo y mortalidad por cáncer de pulmón. Desde ese momento hasta la actualidad, consumir tabaco se ha relacionado con la aparición de más de 25 enfermedades.

Esta alta carga de morbilidad y mortalidad asociada a su consumo ha hecho que la lucha contra el tabaquismo sea una de las grandes prioridades de la Unión Europea, al ser considerada por la salud pública *la primera causa prevenible* de mortalidad y morbilidad. Actualmente nadie pone en duda que consumir tabaco o la exposición al humo de tabaco —tabaquismo pasivo— supone un factor de riesgo para la salud.

El tabaquismo, considerado durante años un hábito o un vicio, es en realidad una dependencia, siendo la nicotina la sustancia psicoactiva responsable de la adicción, con las mismas características de otras drogas (no control del consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, etcétera).

El tabaquismo está reconocido como un trastorno mental y del comportamiento, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS —CIE-9 y CIE-10— como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría —DSM-IV.

2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los últimos datos publicados a nivel estatal parten de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 –ENS—. En ella encontramos unas cifras de prevalencia en España de un 29,5 por 100 —fumadores diarios (FD), 26,4 por 100, y fumadores ocasionales (FO), un 3,1 por 100—. Si analizamos los datos de esta encuesta por autonomías encontramos en Galicia una prevalencia de un 25,3 por 100 (FD, 22,4 por 100; FO, 2,9 por 100).

Sin embargo, los datos más actuales para nuestra comunidad son los recogidos en la última encuesta realizada por la Consellería de Sanidad (SICRI, 2011), que muestran una prevalencia global de un 22,9 por 100, con un 18,1 por 100 de FD y un 4,7 por 100 de FO. Si examinamos los resultados por sexo, observamos que los varones siguen fumando más, tanto diariamente (21,9 por 100 ♂; 14,7 por 100 ♀) como de forma ocasional (5,8 por 100 ♂; 3,8 por 100 ♀), y si lo hacemos por grupo de edad, encontramos las cifras más elevadas de consumo en el rango de 25-44 años.

Un grupo importante a considerar es el de los 16-24 años, ya que es aquí donde encontramos a los «nuevos fumadores» (FD, 19,6 por 100; FO, 7,7 por 100); sabemos que la edad de inicio o experimentación está alrededor de los 13 años y que transcurren unos dos años de media hasta que se puede hablar de dependencia del tabaco;

por eso es tan importante que los programas preventivos se orienten a jóvenes entre los 12 y 14 años. Además, este grupo es especialmente impermeable a las campañas informativas y al consejo dado por los profesionales, ya que las enfermedades asociadas al consumo del tabaco tardan alrededor de unos 20 años de media en manifestarse, por lo que la no existencia de una relación inmediata causa-efecto dificulta enormemente la intervención específica en este grupo porque en general a estas edades gozar de salud es algo que se considera normal.

Esto no quiere decir que no debamos intervenir o dar un consejo, pero debemos hacerlo teniendo en cuenta esta característica e insistiendo en los beneficios del abandono y no en los peligros para la salud.

Otro aspecto importante son las prevalencias encontradas entre los jóvenes de ambos sexos, para conocer la tendencia actual del consumo. Entre los 16 y 24 años las cifras de prevalencia se aproximan, existiendo sólo dos puntos de diferencia entre ambos sexos, aunque por primera vez se registra un consumo mayor en la mujer como consumidora ocasional (FO, 7,0 por 100 ♂; 8,5 por 100 ♀) pese a que siguen siendo los hombres los fumadores diarios con una prevalencia mayor (FD, 21,0 por 100 ♂; 18,1 por 100 ♀).

En el cuadro 3.1 podemos observar la evolución de la prevalencia en Galicia a lo largo de los

CUADRO 3.1
Evolución de la prevalencia en Galicia. SICRI, 2006-2011

	Población ≥ 16 años			
	SICRI 2006	SICRI 2007	SICRI 2010	SICRI 2011
Fumador diario	19,27 (18,32-20,21)	22,06 (21,10-23,02)	20,10 (19,18-21,02)	18,12 (17,22-19,03)
Fumador ocasional	2,13 (1,79-2,47)	3,32 (2,90-3,75)	3,68 (3,24-4,12)	4,75 (4,25-5,24)
Ex fumador	24,33 (23,33-25,34)	21,89 (20,97-22,81)	23,13 (22,20-24,06)	24,41 (23,40-25,41)
Nunca fumador	54,27 (53,10-55,44)	52,72 (51,65-53,80)	53,09 (52,02-54,16)	52,73 (51,61-53,84)
Fumador actual	21,40 (19,11-22,68)	25,38 (24,00-26,77)	23,78 (22,42-25,14)	22,87 (21,47-24,27)
No fumador	78,60 (76,43-80,78)	74,61 (72,62-76,61)	76,22 (74,22-78,22)	77,14 (75,01-79,25)

años en las sucesivas encuestas realizadas por la Consellería de Sanidad.

Al estudiarla, podemos ver que la tendencia del consumo desde el año 2007 está disminuyendo, como lo confirman las cifras de prevalencia; así, en los FD pasamos de un 22,0 por 100 a un 18,0 por 100 actual; esta caída de 4 puntos sin duda está relacionada con la implantación de la normativa nacional que desde el año 2005 regula el consumo de tabaco y que ha sido recientemente modificada —Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

La existencia de una normativa reguladora en este tema ha supuesto un impulso muy positivo para conseguir la desnormalización del consumo de tabaco entre la población española y una clara protección ante la exposición al humo de tabaco. Si observamos la figura 3.1, podemos detectar

una clara disminución de la prevalencia HAT en el ámbito laboral y en los lugares de ocio, donde se observa una evidente tendencia a una menor exposición en todos los ámbitos, incluyendo el familiar, siendo espectacular la caída en los lugares de ocio tras la modificación de la Ley 28/2005, lo que confirma la actual normativa como un gran factor de protección para la sociedad ante el HAT.

Sin duda, los organismos públicos son los responsables de poner en marcha las medidas eficaces para controlar la epidemia de tabaco, proteger del HAT y promocionar el abandono del consumo, a través de leyes, convenios, programas específicos, etc., intentando poner freno a la mortalidad asociada al consumo y la exposición pasiva del tabaco; pero es imprescindible la implicación de todos los sectores sociales para poder lograr el objetivo final, disminuir la prevalencia, evitando el inicio del consumo y ayudando a las personas fumadoras con tratamientos específicos para la deshabituación tabáquica.

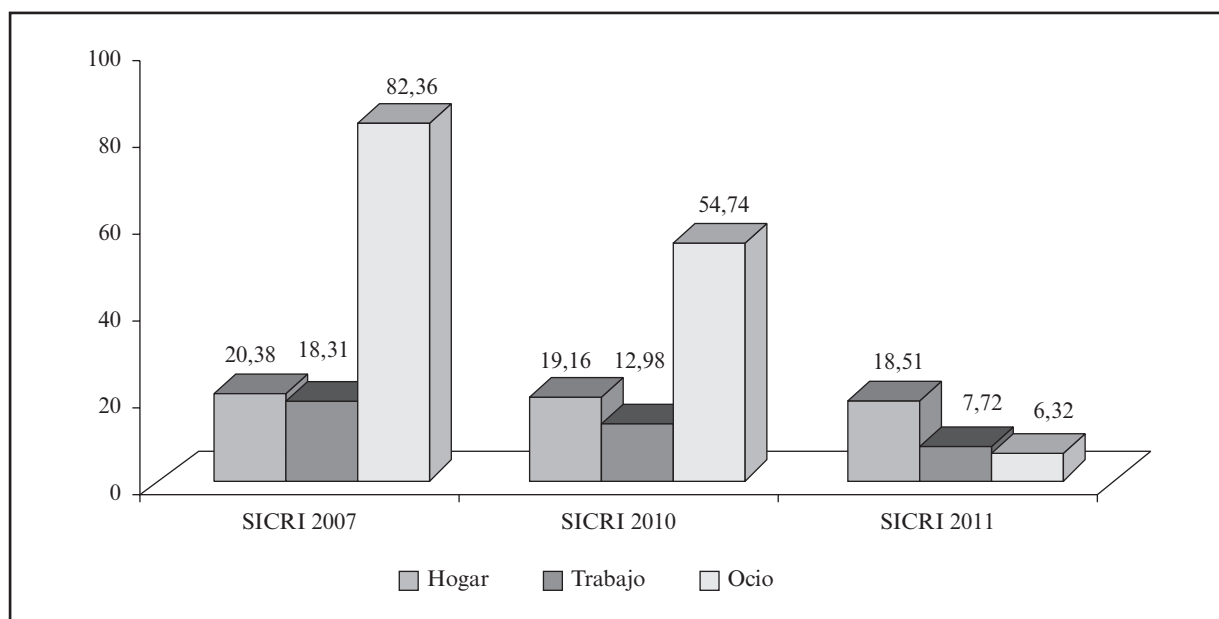


Figura 3.1. Evolución de la exposición al humo de tabaco ambiental (HAT).

3. TABAQUISMO PASIVO

El tabaquismo pasivo es responsable de una de cada diez muertes relacionadas con el tabaco (OMS, diciembre 2009).

El HAT se define como la exposición involuntaria al humo de tabaco, exposición que está científicamente demostrado que aumenta el riesgo de padecer enfermedades, pone en peligro la vida de las personas no fumadoras y es responsable de 600.000 muertes prematuras por año. En el humo de tabaco hay más de 4.000 sustancias químicas, de las cuales se sabe que al menos 250 son nocivas y más de 50 cancerígenas.

En los adultos, el tabaquismo pasivo causa graves enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras, cardiopatías coronarias y cáncer de pulmón. En los lactantes provoca la muerte súbita y en las mujeres embarazadas es causa de insuficiencia ponderal del recién nacido.

Cerca del 40 por 100 de los niños están regularmente expuestos al HAT en el hogar. El 31 por 100 de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo corresponde a niños.

Los niños fumadores pasivos padecen un 70 por 100 más de infecciones de las vías respiratorias altas que los no expuestos al humo del tabaco, además de que presentan un mayor riesgo de sufrir otitis purulentas crónicas —causa más común de sordera y cirugía de oído en los niños—, faringitis y amigdalitis.

También se ha visto que el absentismo escolar de los niños fumadores pasivos es significativamente superior. Se ha calculado que el 42 por 100 de los niños que padecen una enfermedad respiratoria crónica son fumadores pasivos. La frecuencia de asma e hiperreactividad bronquial es mayor entre los menores expuestos al humo ambiental de tabaco.

Recientes estudios demuestran que la exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia, incluso con niveles bajos, es asociada de forma independiente con la aparición de síntomas asmáticos.

Los jóvenes expuestos al HAT en sus hogares tienen entre 1,5-2 veces más probabilidades de comenzar a fumar que los no expuestos.

Desde el punto de vista económico, el 10 por 100 de los costes relacionados con el consumo de tabaco se atribuyen al tabaquismo pasivo. El consumo de tabaco impone costes económicos directos a la sociedad, como los asociados con el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco, así como costes indirectos, por ejemplo los relacionados con la disminución de la productividad o la pérdida de salarios por causa de muerte o enfermedad.

4. TABACO Y ENFERMEDAD

En la actualidad, los estudios científicos son claros y permiten afirmar que fumar tabaco constituye un factor causal y/o agravante de las siguientes patologías.

4.1. Enfermedades cardiovasculares

Constituyen la principal causa de muerte en España. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo y el responsable directo del 30 por 100 de todas las cardiopatías coronarias. Debido a su capacidad de favorecer la aparición de arteriosclerosis, los cigarrillos no sólo incrementan la mortalidad y la morbilidad por cardiopatía coronaria, enfermedad arterial periférica y dolencias cerebrovasculares, sino también el riesgo de padecer angina de pecho y aneurisma aórtico.

El consumo de tabaco, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los tres factores que producen un mayor riesgo de cardiopatía coronaria. Sin embargo, el primero, cuando están presentes los otros dos, ejerce un efecto sinérgico sobre la muerte cardiovascular al potenciar los efectos de los otros agentes, y hace que la mortalidad global sea superior a la derivada de la combinación de los efectos independientes de los tres factores.

4.2. Tabaco y cáncer

El tabaco es el principal factor causante del cáncer de pulmón, laringe y cavidad bucal. Su consumo es el responsable en un alto porcentaje de la aparición de los casos de cáncer de pulmón en los hombres, y su importancia en las mujeres está aumentando tan rápidamente que, en los países donde éstas empezaron primero a fumar masivamente, la muerte por esta causa ha desplazado al fallecimiento por cáncer de mama, más común entre la población femenina. Un solo cigarrillo al día aumenta el peligro de desarrollar un tumor maligno.

La asociación entre tabaquismo y cáncer de pulmón es una inequívoca relación causal, ampliamente documentada en la literatura biomédica, y es responsable del 90 por 100 de los cánceres de pulmón.

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres, y es el tumor por excelencia del siglo xx, al ser el diagnosticado con mayor frecuencia. En 1990 ocupaba en todo el mundo el puesto décimo entre las causa de muerte, pero se cree que llegará a alcanzar el quinto puesto en el año 2020. En términos generales, se puede decir que las características epidemiológicas para esta patología en España son las que corresponden a un país desarrollado.

El tabaco es también un factor causal bien establecido del cáncer de esófago y de vejiga urinaria. También se asocia el consumo de tabaco con un mayor riesgo de muerte por cáncer de riñón, páncreas y cuello del útero. El tabaco es el responsable directo del 30 por 100 de todas las muertes por cáncer. En los de cavidad bucal, laringe y esófago, el consumo de bebidas alcohólicas actúa de forma sinérgica con el tabaco y potencia así su efecto cancerígeno.

4.3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La EPOC es una enfermedad de las vías respiratorias, progresiva y potencialmente mortal, cu-

yos principales síntomas consisten en tos crónica, aumento de la expectoración, *roncus* o sibilancias, opresión torácica y disnea y que puede alterar gravemente la calidad de vida de los pacientes y reducir su estado global de salud. La American Thoracic Society y la European Respiratory Society han definido la EPOC como un trastorno patológico prevenible y tratable.

La principal causa de esta enfermedad es el consumo de cigarrillos, responsable del 80-90 por 100 de todos los casos. Una persona fumadora tiene diez veces más posibilidades de morir por esta enfermedad que una no fumadora, y las personas fumadoras mueren una media de diez años antes que las que no fuman.

Es importante saber que la única medida que frena el mal pronóstico de esta enfermedad es el abandono del tabaco: «dejar de fumar» es la parte más importante del tratamiento.

4.4. Otras enfermedades respiratorias

Otras enfermedades neumológicas, como el neumotórax espontáneo, el síndrome de apnea, las enfermedades pulmonares intersticiales, el asma bronquial o el aumento de la frecuencia de las infecciones respiratorias —gripe, resfriado común, tuberculosis, neumonías bacterianas, etc.—, están claramente relacionadas con el consumo de tabaco, aunque actualmente todavía no esté acreditada una relación de causalidad.

4.5. Tabaco y mujer

Las mujeres, además de estar expuestas a los mismos riesgos que el consumo de tabaco ocasiona en los hombres, están sometidas a otros adicionales propios de su condición. En los últimos años se han confirmado situaciones que afectan de forma específica a las mujeres y entre las que encontramos:

— **Incremento del riesgo cardiovascular en mujeres que utilizan contraceptivos orales.**

El tabaco ejerce un efecto multiplicador de los peligros de enfermedades coronarias en las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos. La posibilidad de padecer un infarto de miocardio en estos casos aumenta aproximadamente diez veces.

- **Adelanto de la menopausia y osteoporosis.** Las mujeres que consumen tabaco sufren un adelanto medio en la interrupción de la menstruación de entre dos y tres años con respecto a las que nunca han fumado, adelanto que puede estar relacionado con la pérdida prematura de masa ósea.
- **Infertilidad.** En mujeres fumadoras es dos o tres veces más frecuente.
- **Embarazo.** En Galicia, según los datos del SICRI 2011, fuman diariamente el 40,8 por 100 de las mujeres entre los 16 y los 44 años, y de forma ocasional, el 13,8 por 100. Es en este rango de edad donde se produce el embarazo. Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud de la madre y de su bebé. Un elevado número de estudios han demostrado de forma contundente la relación entre el tabaco y una serie de efectos adversos en la gestación, entre los que se incluyen el aborto espontáneo, la rotura prematura de membranas y el parto prematuro, así como el aumento de la mortalidad y la morbilidad perinatal e infantil, incluido el incremento del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Al fumar la madre, el feto sufre una situación de hipoxia crónica que se traduce en una elevación del hematocrito y bajo peso al nacer, cuyos efectos principales se manifiestan especialmente cuando ésta fuma durante el segundo y el tercer trimestres. Es importante dejar muy claro, sobre todo en este colectivo, que no existe un consumo seguro, por lo que rebajar el consumo a 4-5 cigarros/día no disminuye los riesgos para la salud de la madre ni del bebé. Dejar de fumar es la única opción que el profesional sanitario debe sugerir y

promover en las mujeres embarazadas fumadoras.

- **Lactancia.** También es importante saber que las mujeres que fuman durante la lactancia pueden ver acortado este período. Además, la nicotina pasa a la leche materna y puede producir irritabilidad, vómitos, diarreas, cólicos, alteración del sueño, etc., además de darle mal sabor a la leche, lo que puede desembocar en un rechazo de ésta por el bebé.

5. BENEFICIOS DEL ABANDONO

Dejar de fumar es beneficioso a cualquier edad, disminuye el riesgo de padecer enfermedades y frena o estabiliza la evolución de patologías ya instauradas relacionadas con su consumo. Siempre aumenta la calidad de vida de la persona que abandona el tabaco y de los que la rodean. Es muy importante tener presente a la hora de dar un consejo profesional que no existe un nivel seguro de consumo ni de exposición pasiva.

Los beneficios son objetivables al poco tiempo de fumar el último cigarrillo; en la tabla 3.1 se presentan secuencialmente y de forma general las diferentes mejorías encontradas tras el abandono.

5.1. Beneficios del abandono en las mujeres

Dejar de fumar justo antes del embarazo o en el primer trimestre reduce los riesgos que conlleva el consumo, equiparándolos a los de una mujer no fumadora. Los beneficios únicamente se obtienen con la cesación completa, y no son detectables en caso de reducción parcial del consumo.

En poblaciones de mujeres con alta prevalencia de fumadoras se estimó que el abandono durante la gestación podría evitar:

- El 15 por 100 de nacimientos prematuros.
- El 35 por 100 de bebés con bajo peso al nacer.
- El 10 por 100 de muertes perinatales.

TABLA 3.1
Beneficios de dejar de fumar

20 minutos

- La presión sanguínea y el pulso se normalizan.
- Mejora la circulación sanguínea (manos y pies).

8 horas

- Los niveles de oxígeno en la sangre vuelven a la normalidad.
- Se reducen las probabilidades de sufrir un ataque al corazón.

24 horas

- El CO se elimina por completo del organismo.
- Los pulmones comienzan a «limpiarse» desprendiendo mucosidades y residuos.

48 horas

- El cuerpo comienza a limpiarse de nicotina.
- Mejoran el gusto y el olfato.

72 horas

- La musculatura bronquial se relaja y mejora la función respiratoria.
- Aumenta el nivel de energía.

2-12 semanas

- Mejora la circulación en todo el cuerpo. Se hace más sencillo caminar y hacer ejercicio.
- Aumenta la sensación de bienestar.

1-9 meses

- Mejora el drenaje bronquial y se reduce el riesgo de infecciones.

3-9 meses

- Mejoran los problemas de respiración: tos, falta de aliento, congestión y respiración sibilante.
- Se incrementa la actividad pulmonar entre un 5 y un 10 por 100.

12 meses

- El riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad.

5 años

- Disminuye el riesgo de cáncer de pulmón.
- El riesgo por infarto de miocardio se reduce a la mitad.

10 años

- El riesgo de cáncer de pulmón se acerca al de las personas no fumadoras.
- El riesgo de accidente cerebrovascular o ataque cardíaco se acerca al de las personas no fumadoras.

Si el abandono ocurre antes de la semana 12, el riesgo de sufrir los siguientes trastornos se iguala al de la mujer no fumadora:

- Placenta previa.
- Desprendimiento de placenta.
- Bajo peso al nacer.

- Muerte perinatal.
- Parto prematuro.

Las mujeres fumadoras tienen más dificultad para quedarse embarazadas; este problema suele mejorar a partir del tercer mes tras el abandono del consumo.

Por lo que se refiere a la menopausia, la cesación tabáquica favorece que su edad de aparición tienda a equipararse a la de la mujer no fumadora, es decir, el adelanto de uno o dos años que ocurre en la fumadora se reduce a tan sólo seis meses o menos.

5.2. Beneficios estéticos y otros

Dejar de fumar rejuvenece. Sin duda es el *lifestyle* más accesible. Al poco tiempo nuestra piel mejorará su aspecto general, disminuirán las arrugas y la coloración será más saludable. El acné y los granos de la cara desaparecerán. La razón de estas mejoras es porque el tabaco afecta a la circulación sanguínea haciéndola más deficiente. La nicotina produce vasoconstricción de los vasos sanguíneos de la piel, produciendo una oxigenación insuficiente. Además el tabaco también destruye el colágeno (proteína de soporte de la piel), por lo que cada vez aparecerán más arrugas en el rostro, y más acusadas.

Otros beneficios que podemos observar son la disminución en la formación de celulitis, la mejora del aspecto del cabello, la reducción de las canas, desaparición de las manchas de nicotina de los dedos y los dientes —dejarán de estar amarillos—, del olor a tabaco de la ropa y del pelo y del mal aliento, las encías dejarán de inflamarse y de sangrar (gingivitis), los dientes volverán a brillar y aseguraremos el éxito de los implantes dentales.

Otro aspecto importante es la sensación de éxito que conseguimos cuando alcanzamos un objetivo que nos proponemos. Cuando dejamos de fumar nuestra autoestima aumenta, lo que nos hace sentir mejor.

La influencia de la familia en la transmisión de valores y la adquisición de conductas es indiscutible, y se considera generalmente el principal agente modulador tanto del riesgo como de la protección. No debemos olvidar, si tenemos hijos, que no fumar es el mejor ejemplo que les podemos dar. La actitud de los padres, hermanos o abuelos frente al tabaco es la primera referencia de los niños, y uno de los aspectos más determi-

nantes en su futura conducta. La incidencia de tabaquismo activo en la adolescencia es superior cuando los padres fuman, y es mayor cuanto más elevado sea el número de personas fumadoras en el hogar.

En el momento económico actual, dejar de fumar puede suponer una mejora importante en nuestra economía: una persona fumadora diaria de 20 cigarrillos al día ahorrará una media de 1.500 euros al año.

Para concluir podemos decir que dejar de fumar es la mejor decisión que podemos tomar para mejorar nuestra salud y nuestra calidad de vida. Pero como acabamos de ver, también obtendremos otras recompensas.

6. CONCEPTOS CLAVE PARA HACER UNA CORRECTA INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

6.1. Concepto de dependencia a la nicotina

Como ya hemos señalado anteriormente en este capítulo, la nicotina es la única responsable de la dependencia al tabaco. Es una sustancia psicoactiva que altera diversas funciones cerebrales: produce cambios en el estado de ánimo, en la capacidad de percepción y en la conducta. Por sus efectos farmacológicos está dotada de poder reforzante que actúa tanto a través del reforzamiento positivo —placer, relajación, etc.— como del reforzamiento negativo —puede ser usada para aliviar estados de ánimo negativos, como ansiedad, irritabilidad o tristeza, y palía la sintomatología de abstinencia.

6.2. Asociación de estímulos

Como en toda adicción, el consumo de nicotina se acaba asociando a unos determinados estímulos, que pueden ser:

1. Externos: tomar un café, beber una cerveza, esperar el autobús, hablar por teléfono, etc.

2. Internos: estar triste, sentirse ansioso, estar contento, aburrido, desbordado de tiempo, etc.

La sola presencia de estos estímulos desencadena los deseos de fumar y puede precipitar las recaídas; las personas fumadoras deben conocer estos estímulos y ser entrenadas para evitarlos, sobre todo durante las primeras semanas de abstinencia, para posteriormente enfrentarse a ellos.

6.3. Sintomatología de abstinencia

Dificultad para dormir, tristeza, estreñimiento, etc.: éstos son algunos de los síntomas que pueden aparecer a las 6-12 horas del último cigarrillo y que alcanzan su mayor intensidad alrededor de las 48-72 horas al dejar de fumar.

Los síntomas de abstinencia duran unas tres o cuatro semanas de media; un 40 por 100 de las personas fumadoras presentan algún síntoma al cabo de un mes. Su intensidad es muy variable entre las diversas personas, aunque la mayoría presenta algún síntoma.

Existen diversas herramientas farmacológicas y estrategias cognitivo-conductuales para ayudar a las personas fumadoras a afrontar esta sintomatología.

Es importante conocer la existencia previa de síntomas similares a los que se observan tras la cesación para no atribuir a la abstinencia nicotínica la sintomatología ya existente. Para ello se recomienda analizar estos síntomas antes de dejar de fumar y establecer así una línea base.

6.4. Automatismo

Llevar el cigarrillo a la boca y darle una calada es una conducta que la persona fumadora ha realizado un alto número de veces a lo largo de su vida, dependiendo del tiempo que lleve fumando y de la cantidad de cigarrillos que fume cada día.

El cálculo del número de veces que se ha realizado el movimiento mano-boca —aproximada-

mente se dan una media de diez caladas por cigarrillo— puede resultar útil para que la persona compruebe que en ocasiones fuma sin darse cuenta y cómo ha automatizado la conducta.

Fórmula para calcular el automatismo:

$$\text{Número cigarrillos/día} \times 10 \text{ caladas} \times 365 \text{ días} \times \text{Número de años que lleva fumando.}$$

6.5. Cómo son las ganas de fumar

Las ganas de fumar no se acumulan a lo largo del día como el hambre o la sed, sino que surgen y se van y varían en intensidad y duración en función del estímulo que las desencadena y de lo que se hace para controlarlas. Las ganas de fumar se comportan de una forma parecida a una ola de mar: se desencadenan por un estímulo asociado cualquiera, externo o interno, suben hasta alcanzar un pico máximo y luego vuelven a bajar hasta desaparecer por completo.

La clave para controlarlas está en distraer el centro de atención de las ganas de fumar y dirigirlo hacia alguna otra cosa. Si se consigue hacer esto, las ganas desaparecerán rápidamente. Si, por el contrario, se centra la atención en ellas y no se hace nada por controlarlas, tenderán a prolongarse en el tiempo.

7. ¿CÓMO INTERVENIR EN TABAQUISMO?

A pesar de algunas creencias extendidas entre los profesionales, *la mayor parte de las intervenciones útiles en tabaco no son excesivamente complicadas ni requieren mucho tiempo*, consiguiéndose aumentos significativos en la tasas de cesación a largo plazo con intervenciones relativamente sencillas.

Como ya se ha señalado, la nicotina es el principal ingrediente psicoactivo que busca quien consume tabaco: los cigarrillos y demás preparados de tabaco pueden ser considerados *instrumentos* para administrar nicotina. Por ello, fumar es una conducta que habitualmente presenta di-

versos componentes adictivos en los que conviene profundizar si se pretende realizar intervenciones eficaces.

Dado que no todas las personas que fuman han llegado a desarrollar un trastorno adictivo, hay quien logra dejar de fumar al primer intento. Aun así, lo más frecuente es que se consiga la cesación tras varios intentos y varias recaídas (vueltas a los niveles previos de consumo), con un nivel variable de ayuda por parte de los profesionales sanitarios.

Como profesionales sanitarios, nuestra **primera tarea es ayudar a nuestros pacientes a comprender el riesgo** que para su salud supone el consumo de tabaco y **lograr que se planteen la necesidad de abandonarlo** si realmente les preocupa su salud.

Las **intervenciones breves** ofrecidas por los profesionales sanitarios —sencillas de aprender y practicar— han demostrado ser altamente efectivas para ayudar a muchas personas a dejar de fumar, aun cuando lleven muchos años haciéndolo e incluso aunque hayan desarrollado patología asociada al consumo.

Estas intervenciones breves van encaminadas a analizar la disposición al cambio de la persona que fuma y a facilitar en la medida de lo posible este cambio, eliminando los obstáculos que lo impidan o dificulten.

Ésta es precisamente la **segunda tarea** de los profesionales sanitarios: **facilitar el proceso para dejar de fumar**, ayudando en la medida de lo posible a que las personas que desean dejar de fumar lo consideren necesario. Esto requiere **profundizar** —en diverso grado según las circunstancias— **en los componentes adictivos de la conducta de fumar**:

- a) Analizar y aumentar la motivación que tiene el paciente para dejar de fumar.
- b) Realizar un estudio en profundidad de las posibles recaídas que haya tenido.
- c) Descubrir los estímulos asociados a su consumo y ayudarle a enfrentarse a ellos.
- d) Analizar qué aporta la conducta de fumar y ver cómo debe ser sustituida.
- e) Emplear los fármacos o estrategias que aumenten las tasas de cesación a largo plazo.

Aun así, algunos pacientes necesitarán ser derivados a profesionales con una mayor experiencia en el manejo del tabaquismo u otros trastornos adictivos en general.

8. RESUMEN DE LA EVIDENCIA

El cuadro 3.2, extraído de la *Guía Americana* de 2008, muestra cómo *las tasas de abstinencia que se obtienen a largo plazo en cesación tabáquica son, en general, proporcionales a la intensidad de la intervención*: cuanto más tiempo se dedique a los pacientes, mayores son éstas.

De esta tabla se deducen dos conclusiones importantes:

1. Dado que la eficacia de las intervenciones es tiempo-dependiente, si se desea alcanzar altas tasas de abstinencia o si urge que la persona consiga la cesación, deben intensificarse.
2. No toda persona que quiere dejar de fumar requiere mucho tiempo por parte del profesional sanitario: en la tabla se observa que siempre hay personas que responden a intervenciones breves (menores de tres minutos).

Para que una persona deje de fumar, en ocasiones basta con que se le pregunte en un contexto de salud si fuma; otras veces, es suficiente con un consejo breve; habrá también muchos pacientes que solicitarán ayuda y a los que se les aplicarán un tratamiento y un seguimiento adecuados; por último, algunos pacientes requerirán bastante más tiempo y habilidades y convendrá que sean derivados a expertos.

El cuadro 3.3, de elaboración propia a partir de la *Guía Americana* de 2008 y de las diferentes revisiones de la biblioteca Cochrane, muestra la eficacia de los fármacos útiles en el tratamiento del tabaquismo.

De esta tabla pueden extraerse dos conclusiones clave:

CUADRO 3.2

Metanálisis: eficacia y tasa de abstinencia según el tiempo total de intervención y niveles de intensidad de contacto (Fiore et al., 2008)

Tiempo total de contacto (minutos)	Número de brazos	Odds ratio estimadas (IC 95 por 100)	Tasa de abstinencia estimada (IC 95 por 100)
0	16	1,0	11,0
1-3	12	1,4 (1,1-1,8)	14,4 (11,3-17,5)
4-30	20	1,9 (1,5-2,3)	18,8 (15,6-22,0)
31-90	16	3,0 (2,3-3,8)	26,5 (21,5-31,4)
91-300	16	3,2 (2,3-4,6)	28,4 (21,3-35,5)
>300	15	2,8 (2,0-3,9)	25,5 (19,2-31,7)
Niveles de contacto	Número de brazos	Odds ratio estimadas (IC 95 por 100)	Tasa de abstinencia estimada (IC 95 por 100)
No contacto	30	1,0	10,9
<3 minutos	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
3-10 minutos	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
>10 minutos	55	2,3 (—)	22,1 (19,4-24,7)

CUADRO 3.3

Metanálisis: eficacia de los fármacos en la cesación tabáquica

	Guía americana		Cochrane	
	Número de ensayos	OR (IC 95 por 100)	Número de ensayos	OR (IC 95 por 100)
Placebo	80	1	>100	1
TSN parche (<14 semanas)	32	1,9 (1,7-2,2)	41	1,7 (1,5-1,8)
Chicle (<14 semanas)	15	1,5 (1,2-1,7)	53	1,4 (1,3-1,5)
Comprimidos	—	—	6	2,0 (1,6-2,5)
Spray nasal	4	2,3 (1,7-3,0)	4	2,0 (1,5-3,7)
Inhalador	6	2,1 (1,5-2,9)	4	1,9 (1,4-2,7)
Vareniclina 2 mg/día	5	3,1 (2,5-3,8)	7	2,3 (2,0-2,8)
Bupropión	26	2,0 (1,8-2,2)	19	1,9 (1,7-2,2)

1. Los fármacos son útiles independientemente del grado de intensidad de la intervención basal que se aplique. Si una intervención tiene poco efecto global, al añadir fármacos éste se duplica; si la intervención es muy intensiva y con ella se consiguen altas tasas de abstinencia a largo plazo, el uso de fármacos también duplica esta eficacia.
2. La eficacia absoluta de las intervenciones cuando se utilicen fármacos dependerá fundamentalmente de la intensidad de éstas. La única manera de aumentar la eficacia absoluta de los fármacos —además de utilizarlos adecuadamente— es dedicando tiempo (véanse cuadros 3.2 y 3.3) a quien desea dejar de fumar.

Los fármacos son útiles en toda persona que desee realizar un intento serio de cesación, por lo que deben recomendarse en estos casos.

9. DIRECTRICES BASADAS EN LA EVIDENCIA: «LAS 5 AS»

La intervención recomendada en la práctica clínica para ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar es un protocolo breve y estructurado en cinco pasos, conocido como «Las 5 As», e incluye:

1. Averiguar si la persona fuma (*Ask*).
2. Aconsejarle que deje de fumar (*Advise*).
3. Ampliar el diagnóstico, averiguando si desea o no hacer un intento para dejar de fumar (*Assess*).
4. Ayudarla, si procede, en el intento de abandono (*Assist*).
5. Acordar seguimientos (*Arrange*).

La figura 3.2 muestra un posible algoritmo de intervención, muy general, que puede ser aplicable en muy variadas circunstancias. El primer paso de todo tipo de algoritmos de intervención siempre es preguntar; esto permite aclarar las circunstancias, demandas y disposiciones de la persona que fuma.

La figura 3.3 muestra un posible algoritmo de intervención en tabaquismo pasivo. Como en el caso anterior, el primer paso de todo algoritmo de intervención siempre es preguntar.

1.a A. Averiguar (*Ask*)

Lo primero que debe conocerse es **si la persona fuma**. Para ello, conviene preguntarlo **sistemáticamente**, dejando constancia en la historia clínica. Preguntar acerca del consumo de tabaco en un contexto de salud aumenta las posibilidades de que, aunque no se imparta consejo, se realice un intento de cesación.

Aunque hay pruebas complementarias que pueden corroborar si alguien fuma o no, la ma-

nera más sencilla y fiable de conocerlo es preguntarlo directamente. En circunstancias en que el consumo pueda ser visto como *culpabilizador* (como durante el embarazo), existen maneras indirectas de preguntarlo.

Ante alguien que fuma —o que directamente solicita ayuda para dejar de fumar— lo que realmente interesa saber es si realmente quiere dejarlo, hasta qué punto esa persona está dispuesta a realizar un intento serio de cesación. Una vez más la mejor manera de saberlo es preguntarlo directamente: ¿quiere usted dejar de fumar?

La respuesta a esta cuestión condiciona toda la actuación terapéutica posterior. Una respuesta negativa debería ir seguida de un consejo de cesación motivador; una respuesta positiva debería seguirse de una propuesta que facilite la elaboración de un plan de cesación. Muy frecuentemente la respuesta a esta cuestión no es un todo o nada —lo normal es presentar una cierta ambivalencia—, por lo que sistemáticamente se requiere una intervención motivadora.

2.a A. Aconsejar (*Advise*)

El consejo para dejar de fumar es el **arma más efectiva** para abordar el problema del consumo de tabaco. Es la herramienta número uno de la que disponemos los profesionales sanitarios para conseguir que un gran número de personas abandone este factor de riesgo.

Los objetivos principales del consejo sanitario para la cesación son:

1. Ayudar a la persona que fuma a ser consciente del riesgo que corre y de que, si realmente le preocupa su salud y la de quienes con ella conviven, debería considerarlo un problema (advertir de los riesgos).
2. Intentar remover los obstáculos que le pueden impedir actuar (promover la intención de dejarlo).

Las características que debe reunir un consejo es que éste sea claro, serio, sencillo, breve y

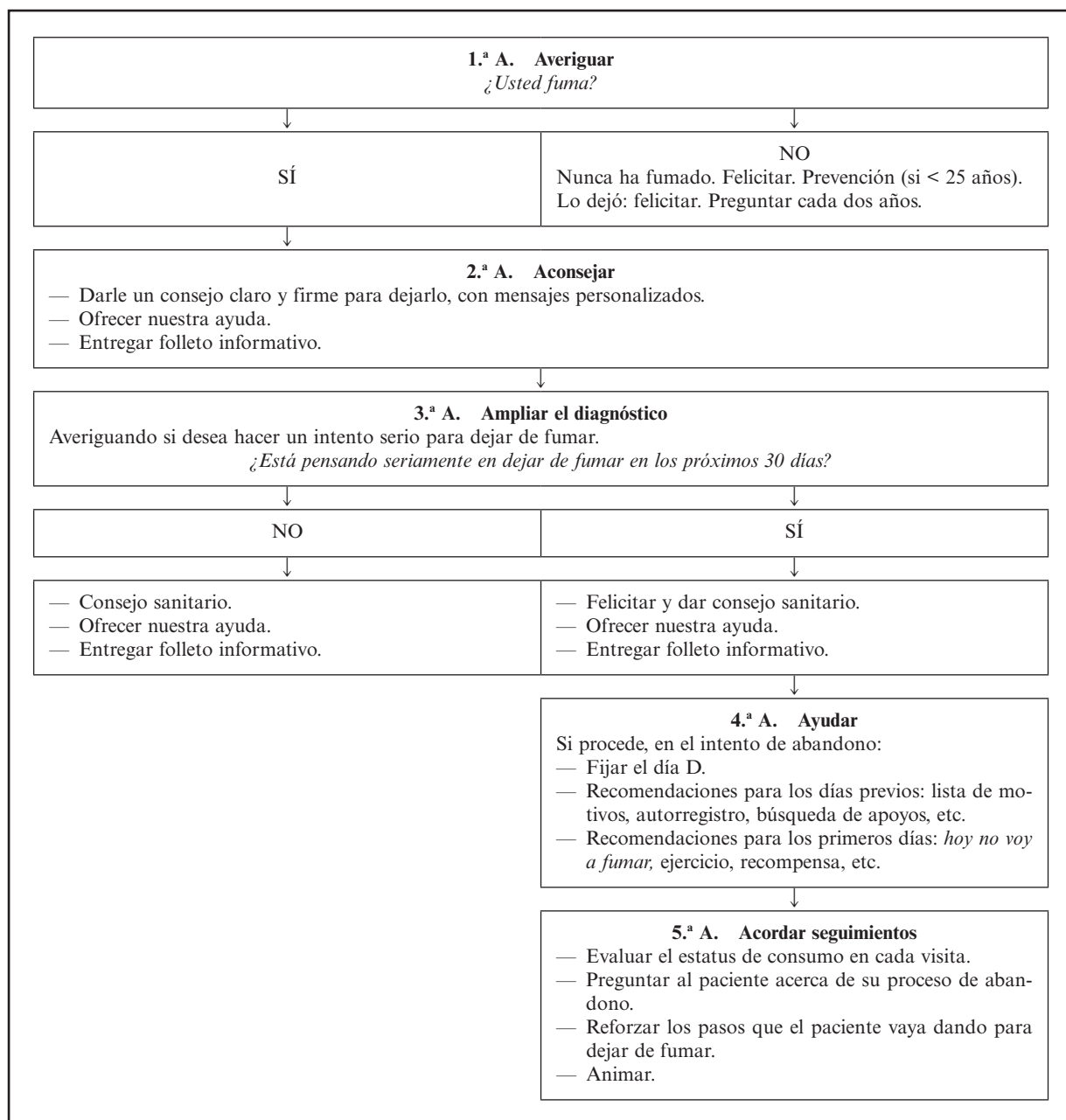


Figura 3.2. Ejemplo sencillo de algoritmo de intervención en tabaquismo activo.

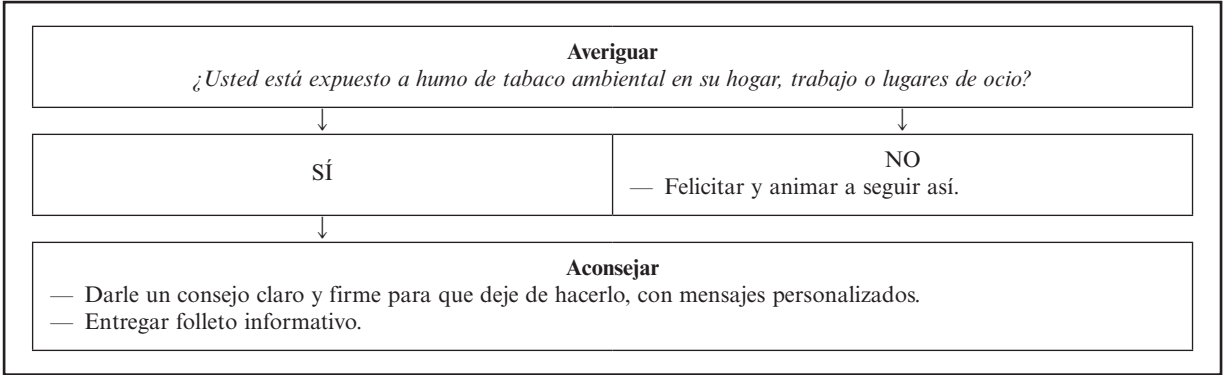


Figura 3.3. Ejemplo sencillo de algoritmo de intervención en tabaquismo pasivo.

personalizado (relacionarlo con las circunstancias personales y, siempre que se pueda, con el motivo de consulta). En realidad, lo único realmente importante es *que llegue*, que sea convincente. Esto no es difícil de conseguir si existe un ambiente de confianza y honestidad profesional en el que se muestra preocupación por los pacientes. Una manera efectiva de comenzar la conversación sobre el abandono sería: «El mejor consejo que puedo darle para que usted mejore su salud y la de su familia es que abandone el tabaco».

La tarea de aconsejar conlleva frecuentemente otros aspectos que aumentan mucho su eficacia:

1. Entregar un folleto informativo sobre el consumo de tabaco, por qué y cómo dejarlo, para que pueda ser utilizado por el paciente si lo desea.
2. Informarle de que puede contar con nuestro apoyo profesional cuando decida resolver su problema.

3.ª A. Ampliar el diagnóstico (Assess)

Amplíe el diagnóstico, averiguando la intención del paciente de dejar de fumar.

Después de aconsejar al paciente que abandone el tabaco y de responder a sus preguntas, el profesional sanitario debe averiguar si el paciente

tiene intención de abandonar el consumo en los siguientes 30 días.

Para las personas que estén decididas a dejarlo en el próximo mes o en el tiempo que se determine, se pasará a la 4.ª A. Ayudar. Para las personas que no lo estén, el sanitario debe utilizar técnicas diseñadas para incrementar la motivación.

4.ª A. Ayudar (Assist)

La *entrevista clínica* es la principal herramienta diagnóstica y terapéutica de que se dispone para promover el cambio en los pacientes fumadores y para ayudarles a llevarlo a cabo. Es lo más útil para que el paciente conozca los posibles obstáculos que puede encontrarse —y a los que quizá ya se ha enfrentado en otras ocasiones— en su proceso de abandono del tabaco. Todo lo demás son simplemente herramientas complementarias.

De una manera esquemática y resumida, puede decirse que, cara a la cesación, lo más importante es:

1. **Descubrir qué pasó en los intentos previos:** si se logró la cesación y por cuánto tiempo, cuáles cree que fueron las causas y/o los precipitantes de las recaídas, con qué facilidades o dificultades se encontró, qué cree que debería ser distinto en esta ocasión, etc. La recaída —parte integrante

del proceso de cesación— es una herramienta mediante la cual puede adquirirse mayor experiencia sobre estímulos que precipitan el consumo, sobre la ausencia de habilidades de abordaje y manejo de situaciones, sobre sus ideas desadaptadas o irracionales al respecto. La presencia de una recaída muestra que estamos ante un trastorno adictivo y señala que: o algo estaba mal planteado y, para el próximo intento, debe ser cambiado o reorientado; o había elementos no detectados o no controlados que para la próxima vez requieren una mayor profundización o control. Puede haber razones que el paciente no haya tenido en cuenta, o que no se atreve a reconocer como influyentes, que sean uno de los factores subyacentes importantes de las recaídas. Indagar en esto sirve, además, para profundizar en las ambivalencias que se manifestaron en el paciente en casos anteriores y que podrían volver a manifestarse en el futuro.

2. **Analizar los temores y las expectativas respecto al proceso de cesación**, los cuales no siempre se fundan en la realidad. El conocimiento profundo de las motivaciones para el cambio y de las resistencias frente a él, facilita la individualización del tratamiento. Conocer qué mueve, motiva, paraliza o dificulta a cada persona es tanto un saber técnico como un arte. Aunque en ocasiones los temores pueden derivarse de experiencias previas a las que no supo cómo enfrentarse, más frecuentemente se derivan de experiencias ajenas referidas o filtradas selectivamente o de la falta de definición del obstáculo concreto al que enfrentarse. La mera acción puede resolver los problemas. El campo de las expectativas es más sutil porque no siempre son del todo conscientes y porque pueden manifestarse en fases más avanzadas del proceso de cesación. Conviene indagar en las más frecuentes: «si todo va bien, no debería tener ganas», «yo esperaba que en un

par de semanas...», «si tal persona no ha aguantado, ¿cómo voy a hacerlo yo?». Es necesario crear en la entrevista un clima de confianza que permita al paciente conocer y reconocer los **estímulos** más importantes que se asocian a **su** consumo de tabaco, así como los beneficios que cree que le aporta. Conviene, además, que la persona aprenda a **prever de antemano** cuándo estas situaciones de riesgo se pueden presentar. La herramienta más sencilla, barata y eficaz para esto son los autorregistros (cuadro 3.4).

CUADRO 3.4

Modelo sencillo de autorregistro en el que se apunta la hora en que se desea fumar, en qué circunstancia se produce y una valoración cuantitativa (de 0 a 10 en este caso) de su intensidad

Hora	Situación	Intensidad
7:50	Justo después de ducharme	7
8:05	Tras desayunar leyendo el periódico	5
8:30	Al montar en el coche y poner la radio	9
8:55	Poco antes de entrar al trabajo	3
10:40	Tomando el café de media mañana	8
...	...	...

La realización de autorregistros unos pocos días antes de la cesación es importante porque permite al paciente darse cuenta de que hay cigarrillos más prescindibles o menos *necesarios* que otros, así como de a qué circunstancias —antecedentes y consecuentes— se asocia más su consumo. Cuanto más sencillo sea, mayores posibilidades tiene de completarse. Conviene que el registro se haga **justo antes** de que se fume cada cigarrillo. Los datos aportados por una semana de autorregistro suelen ser suficientes de cara a la cesación.

En el tratamiento del tabaquismo el proceso diagnóstico va propiamente encaminado a descu-

brir y transmitir aquello que cada paciente debe saber sobre su propia conducta de fumar para que pueda realizar su intento con mayores probabilidades de cesación a largo plazo. Lo que el paciente debe saber:

- **Sobre la propia conducta de fumar.** La entrevista clínica y la profundización en las características del consumo y en recaídas previas sirven, al igual que los autorregistros y otras herramientas, para que el paciente reconozca qué estímulos están intrínsecamente asociados a su conducta de fumar, qué le aporta fumar y de qué recursos alternativos puede disponer. Hay quienes adquieren este conocimiento y habilidades espontáneamente sin necesitar a los profesionales sanitarios; sin embargo, no siempre ocurre así. Por ello, si alguien solicita ayuda para dejar de fumar, debe profundizarse en estos componentes y tener mínimamente previsto cómo actuar en las situaciones que previamente daban lugar sistemáticamente al consumo de tabaco.
- **Elección del día D.** Aunque hay intentos no programados de cesación que dan lugar a abstinencias permanentes —muchas personas dejan de fumar sin ayuda de un profesional sanitario—, la fijación de un día específico por parte del paciente suele aportar mejores resultados. Conviene que sea un día en el que no se vean especiales inconvenientes para intentarlo. Si bien suele ser cierto que para una persona fumadora ningún día es perfecto para intentarlo,

también es cierto que hay días, o temporadas, mucho peores que otras.

Se procura que la motivación —que se manifiesta en la disposición a realizar un intento serio de cesación y a adherirse a las pautas de tratamiento establecidas— sea máxima al comienzo del intento. Para ello es útil ayudar a los pacientes a profundizar en sus decisiones, transmitirles lo básico que deben saber, analizar sus temores y expectativas irracionales y dialogar sobre los potenciales beneficios de la cesación y las posibles consecuencias, personalizadas, de no dejarlo. Escribir en un papel las razones por las que se ha decidido realizar un intento de cesación —balance decisional— y mantenerlo habitualmente al alcance puede ser útil en aquellos momentos en los que la motivación sea menos aparente (figura 3.3).

- **Prevención de consumos puntuales.** Dado que los consumos puntuales son una de las principales causas de recaídas, es importante concienciar a quien intenta dejar de fumar de que haga lo posible por evitarlos. A esto suele ayudar eliminar de su entorno el tabaco y aquellos objetos que lo recuerdan directamente, disminuir el consumo de cafeína y de alcohol, sugerir cómo rehusar ofrecimientos y concretar cómo y a quién pedir ayuda en momentos de debilidad.
- **Buscar apoyos externos.** Conviene que toda persona que trata de realizar un intento serio de cesación avise a su entorno de su decisión. Aunque hay quien prefiere mantenerlo en secreto, la evidencia indica que

Motivos para dejar de fumar:	Motivos por los que fumo:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

Figura 3.4. Balance decisional.

habitualmente es mejor hacerlo público, quizá porque indique un mayor compromiso previo. También conviene tener previsto a quién se puede acudir en casos de percepción de debilidad o de falta de control en los deseos de consumo.

— **Información básica sobre el proceso adictivo y las expectativas del tratamiento.** Toda persona que quiera dejar de fumar debería ser consciente de que:

1. Aunque se pueda vivir como una pérdida, dejar de fumar es claramente una ganancia.
2. Aunque se puede conseguir dejar de fumar en el primer intento, lo más frecuente es conseguirlo tras varios intentos de cesación. El hecho de que previamente no lo haya conseguido no empeora el pronóstico, ya que en adicciones las recaídas son una parte más del proceso de abandono.
3. Los primeros días y semanas pueden aparecer síntomas transitorios y tratables. Algunos de ellos son debidos a la falta de nicotina; otros, a que ya no se dispone del recurso del tabaco para afrontar las situaciones cotidianas.
4. El objetivo del tratamiento es conseguir la abstinencia a largo plazo, no que desaparezcan los deseos de fumar. Estos pueden presentarse aunque los tratamientos estén adecuadamente pautados y aunque el paciente se implique en todas las estrategias que facilitan el proceso de cambio.
5. El abandono del consumo es un proceso crónico; los tratamientos pretenden conseguir abstinencias prolongadas, no sólo ni fundamentalmente que el paciente se encuentre mejor los primeros días; ser consciente de esto facilita la adherencia a las diversas pautas terapéuticas.

— **Pautar un tratamiento farmacológico.** Cuando ayudamos a las personas fumadoras a

dejarlo, además de las estrategias conductuales a todas deberemos ofrecerles tratamiento farmacológico, excepto en contraindicaciones específicas al mismo o en poblaciones en las cuales hay insuficiente evidencia de su efectividad (embarazadas, usuarios de tabaco de mascar, fumadoras/es de menos de diez cigarrillos al día y adolescentes), en cuyo caso deberemos adaptar nuestra oferta de forma individual.

5.^a A. Acordar un seguimiento (*Arrange*)

Dado que el tabaquismo es un proceso crónico, con una marcada tendencia a las recaídas, y que éstas se producen con mucha mayor frecuencia en los seis primeros meses de abstinencia, y sobre todo en el primero, hay una gran coincidencia en la literatura en que debe programarse al menos una visita previa al día de abandono, durante la cual se desarrollan todas las estrategias anteriores, y al menos dos contactos de seguimiento.

La primera visita de seguimiento debería ser preferiblemente en la primera semana después de dejar de fumar. Aquí el síndrome de abstinencia puede ser florido, permitiéndonos ajustes de tratamiento farmacológico, además de valorar la adherencia y tolerancia al mismo. El paciente suele estar en este momento en una fase eufórica, relativizando con frecuencia el riesgo que corre, y debemos avisarle de que puede empezar a sentirse triste y solo —fase de duelo— y cómo afrontarlo. Hay que valorar su adherencia y comprensión a las estrategias cognitivo-conductuales que le hemos enseñado, ampliándolas si es preciso.

La segunda visita se recomienda durante el primer mes, y podría ser presencial o telefónica proactiva.

Recordemos que existe una estrecha relación dosis-respuesta entre la intensidad y la duración de la intervención y su efectividad, por lo que las sucesivas visitas o llamadas de seguimiento a acordar con el paciente deberían ser tantas y tan extensas como el paciente demande y el tiempo permita.

10. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES

Como se ha señalado anteriormente, en 2008 el informe de consenso que es la *Guía Americana* renovó la recomendación «se debe animar a todos los fumadores al uso de fármacos apropiados» en sus intentos de cesación. Se excluyen aquellos pacientes con contraindicaciones o que por sus características necesitan un control estricto (gestantes, lactantes, etc.). El empleo de fármacos útiles aproximadamente duplica la eficacia de la intervención basal que se realice (cuadro 3.2).

La evidencia muestra que la combinación de intervenciones conductuales breves con tratamiento farmacológico es la que muestra mayor efectividad en tabaquismo.

Los fármacos usados en el manejo del tabaquismo se clasifican en fármacos de primera y segunda línea. Son de *primera línea* aquellos aprobados específicamente para su uso en el tratamiento del tabaquismo; presentan una efectividad y seguridad probadas:

- *Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)* en sus diversas presentaciones: parches, chicles, comprimidos para chupar, comprimidos sublinguales, spray nasal e inhalador bucal (no todas las presentaciones están comercializadas en todos los países).
- *Bupropión*: originalmente empleado como antidepresivo. A las dosis de 150-300 mg/día es útil para dejar de fumar. Su mecanismo de acción es desconocido. No es necesario ajustar las dosis en función del sexo, del consumo de tabaco previo o de la ingesta de alimentos.
- *Vareniclina*: es el fármaco de más reciente comercialización. Actúa como agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$. Hasta el momento no se han detectado interacciones relevantes con otras drogas.

Los tratamientos de *segunda línea* incluyen la *nortriptilina* y la *clonidina*; son útiles en la cesa-

ción, pero su perfil de reacciones adversas es menos favorable, por lo que se considera que deben usarse más excepcionalmente.

No hay evidencias concluyentes sobre cuándo debe utilizarse uno u otro fármaco o en qué tipo de persona fumadora funciona mejor uno concreto en relación con el resto. El principal criterio al escoger un fármaco es la ausencia de contraindicaciones y su eficacia; en segundo lugar, la experiencia previa del paciente y sus expectativas.

11. AUMENTO DE LA MOTIVACIÓN

El propio concepto de lo que es una dependencia implica la existencia de una valoración —consciente o inconsciente— de las consecuencias positivas y negativas que se derivan del consumo. Por ello, por definición, exista o no dependencia, todo consumo es sensible a los aumentos en la motivación para el cambio.

Esto se logra habitualmente mediante la desnormalización del consumo —medidas de control— y mediante intervenciones terapéuticas —generalmente breves— dirigidas a conseguir una más adecuada valoración de los riesgos asociados a la conducta y de los potenciales beneficios que acompañan a la cesación. Estas medidas e intervenciones son claves para que quienes fuman logren la cesación y consigan mantenerla.

Además, de manera más inespecífica, un objetivo fundamental de la intervención es conseguir aumentar la motivación y eliminar las posibles resistencias u obstáculos al cambio. Motivar no es simplemente ser positivo. La motivación puede definirse como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio. Para aumentar la motivación es útil ayudar a los pacientes a profundizar en sus decisiones, proporcionándoles información sobre la conducta de fumar —antecedentes y consecuentes del consumo, que los deseos de fumar no son signos de debilidad, etc.—, dialogando sobre los potenciales beneficios de dejar de fumar y las posibles consecuencias —personalizadas— del mantenimiento del consumo.

12. OTRAS HERRAMIENTAS

La cooximetría

La cooximetría es una prueba sencilla, útil, rápida y económica que permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado y su equivalencia en carboxihemoglobina (COHb). La cantidad de CO, en el aire espirado está relacionada con el número de cigarrillos fumados, la profundidad de inhalación de las caladas y el tiempo transcurrido desde el último consumo.

El CO se normaliza a las 24-48 horas sin fumar, por lo que sólo valora consumos recientes.

La cooximetría sirve para evaluar el riesgo cardiovascular —a mayor concentración de CO, mayor susceptibilidad para desarrollar enfermedades cardiovasculares— y es muy útil en las

consultas de seguimiento para reforzar la abstinencia de la persona que está dejando de fumar, ya que ve como se va normalizando a medida que se consolida su estatus de persona abstinentes. Las cifras de CO generalmente se sitúan:

- Personas no fumadoras: por debajo de 5 partes por millón (ppm), excepto si hay una importante exposición a humo ambiental del tabaco.
- Personas fumadoras ocasionales o que hacen inhalaciones muy superficiales: entre 5 y 10 ppm.
- Personas fumadoras diarias: por encima de 10 ppm.

Aunque es una herramienta útil, no es imprescindible para un diagnóstico, tratamiento y seguimiento correctos.

Consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol

4

MARÍA PARADA

1. CONSECUENCIAS NEUROCOGNITIVAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA EDAD ADULTA

Aunque durante mucho tiempo los déficits neurocognitivos de los pacientes alcohólicos se asociaron a la presencia de complicaciones neurológicas o nutricionales, como la encefalopatía de Wernicke, la demencia alcohólica, la degeneración cerebelosa o la enfermedad de Marchiafava-Bignami, en las últimas décadas se ha comprobado que estas alteraciones pueden estar presentes en pacientes alcohólicos sin otras complicaciones.

En adultos, el estudio de las alteraciones neurocognitivas asociadas al abuso/dependencia del alcohol se suele realizar con pacientes con dependencia del alcohol con una historia de al menos cinco años de consumo de 21 o más bebidas alcohólicas por semana (Oscar-Berman et al., 2004), encontrándose que entre un tercio y tres cuartos de los pacientes alcohólicos crónicos presenta algún tipo de deterioro neurocognitivo, tanto a nivel estructural como funcional (Corral-Varela y Cadaveira, 2002).

1.1. Alteraciones estructurales

Desde el punto de vista macroestructural, los estudios con tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética (RM) enfatizan la presencia de atrofia cerebral global y de dilatación ventricular en alcohólicos crónicos, y han evidencia-

do que las regiones cerebrales que muestran una reducción más significativa son el hipocampo, el cerebelo y el córtex frontal (para una revisión véase Oscar-Berman y Marinkovic, 2007), siendo esta última la que parece presentar una especial sensibilidad a los efectos neurotóxicos del alcohol (para una revisión, véase Moselhy et al., 2001).

Además de estas alteraciones, también se ha constatado una reducción del volumen de tejido cerebral más prominente en la sustancia blanca que en la sustancia gris. Estos cambios parecían acelerarse con la edad y ser independientes de la cantidad de alcohol consumido (Pfefferbaum et al., 1992). Un dato que confirmaron posteriormente Pfefferbaum et al. (1997) al mostrar que los pacientes alcohólicos de mayor edad (más de 45 años) presentaban una mayor reducción del volumen de la sustancia blanca en comparación con controles (tanto jóvenes y mayores) y alcohólicos jóvenes (menos de 45 años), en especial en regiones frontales. Estos autores fueron los primeros en mostrar una mayor vulnerabilidad de los lóbulos frontales con respecto al resto del córtex en los pacientes alcohólicos de mayor edad.

El efecto de la edad en consumidores crónicos de alcohol ha llevado a proponer la hipótesis del envejecimiento prematuro, la cual plantea que el consumo crónico de esta sustancia psicoactiva provoca déficits similares a los detectados en el envejecimiento normal. Existen dos posibles interpretaciones de la hipótesis. Por un lado, se propone que los pacientes alcohólicos crónicos

presentan cambios precoces, tanto neuroanatómicos como conductuales, que normalmente se asocian a la edad avanzada; es decir, los pacientes alcohólicos se convierten en viejos antes de tiempo (hipótesis del envejecimiento acelerado). Por otro lado, se plantea que el cerebro de las personas de más de 50 años podría ser más vulnerable a los efectos de las sustancias tóxicas que el de las personas jóvenes (hipótesis del incremento de la vulnerabilidad) (Iruarrizaga et al., 2001).

De estas dos variantes, el estudio de Pfefferbaum et al. (1997) apuntaría en la segunda dirección. Los resultados muestran que el grupo de alcohólicos crónicos presenta déficits significativos en el volumen de la sustancia gris y blanca, mientras que en los pacientes alcohólicos jóvenes sólo se detectan en la sustancia gris. Además, existe una mayor atrofia frontal y un ensanchamiento de los surcos corticales en regiones prefrontales, frontales y parietales anteriores de forma más significativa en los pacientes alcohólicos mayores. Estas diferencias se producen aun cuando se controle la duración del trastorno y el consumo de alcohol a lo largo de la vida.

A nivel microestructural, mediante la técnica de imagen de tensor de difusión (ITD), se comprobó que los pacientes alcohólicos crónicos desintoxicados presentan una menor fracción anisotrópica en la rodilla, tronco y espleno del cuerpo calloso, siendo esta anormalidad mayor en la rodilla (región anterior del cuerpo calloso que comunica el córtex prefrontal ventral izquierdo y derecho y alguna parte del córtex prefrontal dorsolateral) (Pfefferbaum et al., 2006; Rosenbloom et al., 2008). Estos hallazgos concuerdan con la mayor afectación de la sustancia blanca respecto a la sustancia gris que se observa a nivel macroestructural.

1.2. Alteraciones funcionales

1.2.1. Estudios con neuroimagen funcional

Actualmente existen diversas investigaciones realizadas con tomografía por emisión de posi-

trones (TEP) que nos muestran que el consumo crónico de alcohol altera el metabolismo cerebral, detectándose, en la línea de lo evidenciado en los estudios con neuroimagen estructural, la presencia de un significativo hipometabolismo frontal en alcohólicos crónicos (para una revisión, véase Wong et al., 2003).

De forma más precisa, Samson et al. (1986), con el objetivo de cuantificar el metabolismo regional cerebral de glucosa, observaron, al comparar un grupo de alcohólicos crónicos recién desintoxicados con un grupo control, hipometabolismo frontomedial en los primeros. Los resultados de este estudio, que contaba con una muestra de tamaño reducido (sólo seis alcohólicos crónicos), fueron corroborados posteriormente con muestras más amplias (Adams et al., 1993; Dao-Castellana et al., 1998; Gilman et al., 2000).

Los resultados obtenidos mediante tomografía por emisión de fotones simples (SPECT) apuntan en la misma dirección. Así, Nicolas et al. (1993), comparando una muestra de 40 alcohólicos crónicos con una de 20 controles, concluyen que dos tercios de los pacientes alcohólicos crónicos muestran una hipoperfusión cerebral significativa principalmente en áreas frontales y temporales, a los diez días de abstinencia, independientemente de la atrofia cerebral determinada mediante TAC.

Asimismo, Demir et al. (2002), estudiando la influencia del comienzo temprano o tardío del consumo de alcohol en el flujo sanguíneo cerebral, observaron, con el empleo de la misma técnica, la existencia de hipoperfusión frontal superior después de menos de un mes de desintoxicación (entre 15 y 21 días). Además, comprobaron que el comienzo temprano en el consumo de alcohol (antes de los 20 años) se asocia a hipoperfusión en la región frontal superior izquierda y que el comienzo tardío (abuso de alcohol con más de 20 años) se relaciona con hipoperfusión en la región frontal superior izquierda y derecha.

Además de estos trabajos, también se han realizado algunas investigaciones con espectroscopia

por resonancia magnética, una técnica que permite el estudio del metabolismo cerebral. Un ejemplo de ello es el estudio de Schweinsburg et al. (2001). Estos autores informaron de cambios metabólicos en la sustancia blanca del lóbulo frontal en alcohólicos desintoxicados, tras hallar reducciones de los niveles de N-acetil-aspartato (NAA), un marcador de integridad neuronal cuya reducción suele considerarse un marcador de disfunción clínica.

1.2.2. Estudios psicofisiológicos

Los estudios de neuroimagen se han visto complementados con hallazgos electrofisiológicos que también muestran la especial sensibilidad de los lóbulos frontales al consumo crónico de alcohol.

El análisis de la actividad cerebral mediante los potenciales evocados (PE) muestra que la alteración más frecuente en alcohólicos crónicos es el decremento de la amplitud de P300 (o P3b), especialmente en la modalidad visual, siendo los resultados menos consistentes en la modalidad auditiva (Cadaveira et al., 1991; Cohen et al., 1997). Sin embargo, también existen algunas investigaciones que han querido comprobar si aparece una alteración en la amplitud y/o latencia de P3a. El interés por este componente se debe a su relación con la actividad del lóbulo frontal. El problema es que, debido a que en estos estudios se han empleado diferentes contextos estimuladores, los resultados no son concluyentes (Biggins et al., 1995; Realmuto et al., 1993; Rodríguez-Holguín et al., 1999).

También se ha investigado la relación entre P3b y memoria de trabajo, debido a la existencia de estudios que sugieren que los pacientes alcohólicos crónicos desintoxicados realizan peor pruebas neuropsicológicas relacionadas con las funciones ejecutivas y, en concreto, aquellas relacionadas con la atención y la memoria de trabajo (Noel, Paternot et al., 2001).

En esta línea se encuentra el estudio de George et al. (2004). Estos autores analizaron la relación

entre alcoholismo crónico y disfunción frontal partiendo de la hipótesis de que si el alcoholismo tiene una patofisiología similar a la del daño en el lóbulo frontal, los PE de los pacientes alcohólicos deberían ser similares a los de los pacientes con lesión frontal y diferentes a los de pacientes con lesión subcortical y a los de controles. Para ello, realizaron un registro computarizado a cada uno de los cuatro grupos que conformaban la muestra (controles, pacientes con lesión frontal, alcohólicos crónicos con un mes de abstinencia y pacientes con lesión subcortical). Los sujetos tenían que realizar una tarea de secuenciación de números que implicaba memoria de trabajo. Los resultados mostraron una disminución de la amplitud de P300 en el grupo de pacientes con lesión frontal, similar a la del grupo de alcohólicos crónicos, por lo que los autores concluyen que éstos presentan disfunción frontal.

Más recientemente, un estudio llevado a cabo por Chen et al. (2007), en el que empleaban tomografía electromagnética de baja resolución (*Low Resolution Electromagnetic Tomography*; LORETA), ha mostrado que los alcohólicos crónicos presentan una reducción significativa en la actividad de algunas áreas del córtex frontal de forma bilateral, tales como el giro del cíngulo, el giro frontal medial y el giro frontal superior al realizar una tarea *oddball* visual, así como una reducción de la amplitud de P300, en comparación con la actividad de los sujetos control.

Por último, hay que mencionar la existencia de estudios psicofisiológicos en los que se muestra que durante la realización de tareas Go-No Go los pacientes alcohólicos crónicos presentan una disminución de la amplitud de la onda P300, tanto ante los estímulos Go como ante los No Go, en comparación con sujetos controles (Cohen et al., 1997; Porjesz y Begleiter, 2003). Se considera que en este paradigma la amplitud de P300 refleja la inhibición cortical, considerándose que una mayor amplitud implica una mayor inhibición. Por tanto, la reducción de la amplitud que presentan los pacientes alcohólicos crónicos se interpreta como una disfunción en la inhibición cortical.

1.2.3. *Estudios neuropsicológicos*

El perfil neuropsicológico asociado al alcoholismo abarca déficits en diversas funciones, como son los procesos de atención, el aprendizaje y la memoria episódica verbal y no verbal, la coordinación visomotora, el funcionamiento ejecutivo, la resolución de problemas, el razonamiento verbal y no verbal, las habilidades visoperceptivas y visoespaciales y la velocidad de procesamiento de la información. En cambio, no se encuentran afectadas las habilidades verbales ni la inteligencia general (Grant, 1987; Parsons, 1987; Parsons, 1996; Ryan y Butters, 1986).

Esta afectación neuropsicológica puede limitarse a una función concreta o presentarse de forma más generalizada, y puede darse en mayor o menor grado en los pacientes alcohólicos. Esto se explica por la existencia de diversos factores que pueden contribuir a la aparición de los déficits neurocognitivos. Algunas de estas variables son la historia de bebida y el patrón de consumo (no existiendo hasta el momento una relación clara entre la cantidad de alcohol ingerido y la presencia de déficits cognitivos), la edad (establecimiento de la hipótesis del envejecimiento prematuro explicada anteriormente en el apartado de alteraciones estructurales), el sexo (las mujeres muestran el mismo perfil de déficits cognitivos pero tras historias de consumo más cortas y menor cantidad de alcohol consumido, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad de la población femenina a los efectos neurotóxicos del alcohol), la historia familiar de alcoholismo (los alcohólicos con alta densidad familiar del trastorno presentan peor rendimiento), la comorbilidad psiquiátrica (de forma característica con el trastorno por personalidad antisocial), el uso concomitante de otras drogas (siendo altamente relevante la combinación alcohol-cocaína) y complicaciones médicas asociadas, como déficits nutricionales y vitamínicos (para una revisión, véase Oscar-Berman y Marinkovic, 2007).

De todas las funciones cognitivas que se encuentran afectadas por el consumo crónico del alcohol, las más estudiadas en la actualidad son

las relacionadas con los lóbulos frontales, especialmente las funciones ejecutivas, debido a que parecen muy vulnerables a los efectos tóxicos de esta sustancia y sus metabolitos.

Concretamente, diversos estudios sugieren que los pacientes alcohólicos crónicos, tanto recién desintoxicados como abstinentes, presentan problemas para planificar una acción, para dividir la atención entre dos estímulos o tareas, para generar e identificar conceptos, así como déficits de inhibición de respuesta, es decir, muestran disfunción ejecutiva (Davies et al., 2005; Ihara et al., 2000; Moriyama et al., 2002; Parada et al., 2007). Además, también presentan dificultades de razonamiento abstracto (Zinn et al., 2004), de solución de problemas (Ihara et al., 2000), de toma de decisiones (Bechara et al., 2001), escasa flexibilidad cognitiva (Corral et al., 2002; Ihara et al., 2000; Ratti et al., 2002) y problemas con relación a la memoria de trabajo (Noel, Paternot et al., 2001; Noel, Van der Linden et al., 2001). Asimismo, alguna investigación ha descartado la implicación de componentes no ejecutivos en las dificultades observadas en las tareas, como son la velocidad de procesamiento o la capacidad de almacenamiento en la memoria a corto plazo (Noel, Van der Linden et al., 2001).

De todos los estudios mencionados, el llevado a cabo por Moriyama et al. (2002) va un paso más allá que los otros ya que no se limita únicamente a valorar el funcionamiento ejecutivo que presentan los alcohólicos crónicos, sino que pretende relacionarlo con su recuperación funcional. Un objetivo cada vez más común en la investigación neuropsicológica del alcoholismo, debido a la necesidad de prestar atención a cómo influyen los déficits cognitivos en la actividad familiar, social y laboral de los pacientes alcohólicos, y en el cumplimiento de los programas terapéuticos.

Moriyama et al. (2002) realizaron un estudio longitudinal (test y retest a los 18 meses) en el que comparaban el rendimiento neuropsicológico entre un grupo de 15 hombres alcohólicos (abstinentes una media de siete semanas) y 15 controles y su implicación en la recuperación ocupacional (mantenimiento del trabajo). Emplearon,

entre otras pruebas neuropsicológicas, la *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome* (BADS) y el *Trail Making Test* y comprobaron que ambas predecían el rendimiento futuro en el trabajo. En cambio, los autores señalan que la batería no resulta un buen predictor de las recaídas, un resultado que contradice los obtenidos en otros estudios que han observado correlación positiva entre los déficits ejecutivos y la probabilidad de recaída (Davies et al., 2005; Noel, Paternot et al., 2001).

En resumen, la evaluación estructural y funcional del cerebro de pacientes alcohólicos sugiere que los lóbulos frontales son particularmente sensibles al efecto del alcohol, siendo la reducción de volumen más prominente en la sustancia blanca que en la sustancia gris. Además, se constata la existencia de síndrome disejecutivo en esta población. Sin embargo, es necesario mencionar que estos cambios neurocognitivos pueden recuperarse, al menos parcialmente, con la abstinencia.

La investigación, a través de estudios transversales y longitudinales, nos muestra que algunos de los déficits en las funciones cognitivas que aparecen en alcohólicos crónicos recién desintoxicados mejoran rápidamente en los primeros meses tras la abstinencia, evolucionando después más lentamente hasta alcanzar en muchos casos la normalidad (Mann et al., 1999; Rourke y Grant, 1999).

Munro et al. (2000) comprobaron que las funciones ejecutivas están entre las que se recuperan más lentamente tras la abstinencia. Concretamente, hallaron que, tras seis meses de abstinencia, los pacientes alcohólicos continuaban presentando problemas de organización y planificación.

Del mismo modo, los cambios estructurales, metabólicos y fisiológicos también muestran una recuperación (Gansler et al., 2000; Nicolas et al., 1993) aunque ésta, como en el caso de la disfunción cognitiva, puede no llegar a ser total (Volkow et al., 1992). Resultados similares también se encuentran en estudios con potenciales evocados auditivos de latencia corta (Cadaveira et al., 1994).

1.3. Hipótesis explicativas de los déficits neuropsicológicos asociados al alcoholismo

Desde el punto de vista neuropsicológico se han propuesto cuatro posibles hipótesis explicativas basadas en la especial vulnerabilidad de determinadas regiones cerebrales a los efectos tóxicos del alcohol. Hasta el momento, sin embargo, ninguno de estos modelos da cuenta de manera plena y satisfactoria de las diferentes alteraciones encontradas en sujetos con consumo crónico de alcohol.

1.3.1. Hipótesis de la sensibilidad diferencial del hemisferio derecho

Las diferencias funcionales entre los dos hemisferios cerebrales se pueden observar fácilmente en pacientes con daño en un hemisferio pero no en el otro (por ejemplo, por causa de un tumor o de un traumatismo craneoencefálico). Los pacientes con daño en el hemisferio izquierdo suelen presentar problemas verbales, mientras que los pacientes con daño en el hemisferio derecho manifiestan dificultades espaciales, visoconstructivas y en otros aspectos no lingüísticos, como apatía emocional (Oscar-Berman y Markinkovic, 2003).

Teniendo en cuenta esto, la premisa fundamental en la que se basa la hipótesis de la sensibilidad diferencial del hemisferio derecho es que los pacientes alcohólicos crónicos muestran un deterioro relativamente mayor de las funciones atribuidas a este hemisferio en comparación con las funciones relacionadas con el hemisferio izquierdo.

Ahora bien, al hablar de la afectación del hemisferio derecho es necesario distinguir entre el déficit en las funciones asociadas al hemisferio derecho y las lesiones estructurales en el hemisferio derecho. En este sentido, existen dos aproximaciones a esta hipótesis. La «versión dura» señala que el alcohol provoca cambios electrofisiológicos y neurodegenerativos que se expresan

de forma asimétrica y más pronunciada en el hemisferio derecho que en el izquierdo. Como consecuencia de ello, el patrón de deterioro neuropsicológico de los individuos alcohólicos será similar al encontrado en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho. La «versión blanda» sostiene que, independientemente de que las alteraciones estructurales de ambos hemisferios sean comparables en tipo y extensión, los procesos mediados por el hemisferio derecho son más vulnerables a los efectos neurotóxicos del alcohol que los del hemisferio izquierdo. Esta disfunción se pone de manifiesto en la mayor dificultad para realizar tareas visoespaciales que tareas verbales (Iruarrizaga et al., 2001).

Según esta hipótesis, los pacientes alcohólicos crónicos manifestarían peor rendimiento en tareas que implican capacidades visoespaciales y visoconstructivas, mientras que existiría una escasa afectación de las capacidades verbales en las que el hemisferio izquierdo se halla más especializado (Ellis y Oscar-Berman, 1989; Tsagareli, 1995). Los estudios en los que se apoya esta hipótesis han observado dificultades a la hora de realizar pruebas como cubos, clave de números o rompecabezas, todos ellos subtest de la Escala de Inteligencia de Wechsler (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS) (Knight y Longmore, 1994). Por otro lado, diversas investigaciones también han hallado déficit en alcohólicos crónicos en el manejo y comprensión de aspectos paralingüísticos (como la valoración de la prosodia o cadencia afectiva), en los que el hemisferio dominante es el derecho, y para los cuales se proponen perfiles de afectación del córtex derecho y/o cuerpo calloso (Monnot et al., 2002; Monnot et al., 2001).

Sin embargo, aun cuando existe considerable evidencia a favor de esta hipótesis explicativa, hay estudios que muestran la ausencia de déficits neuropsicológicos más graves relacionados con el hemisferio derecho que con el hemisferio izquierdo (Beatty et al., 1996; Tivis et al., 1995) o no aparecen de forma tan marcada como se aprecia en pacientes con daño cerebral derecho (Akshoomoff et al., 1989).

Además, en una revisión llevada a cabo por Knight y Longmore (1994), se considera que los déficits visoespaciales y visoconstructivos no tienen por qué explicarse únicamente desde esta perspectiva. Así, se sugiere que estas mayores dificultades pueden deberse a que los subtest manipulativos del WAIS (como la prueba de cubos) emplean procedimientos menos familiares que los subtest verbales, por lo que existiría una mayor dificultad para la realización de los primeros.

En definitiva, aunque los déficits visoespaciales y visoconstructivos están presentes en los pacientes alcohólicos crónicos desintoxicados, éstos presentan otras dificultades neuropsicológicas no necesariamente vinculadas al hemisferio derecho.

1.3.2. Hipótesis del daño cerebral difuso

Debido a las críticas realizadas a la hipótesis anterior, surge un nuevo modelo explicativo que sugiere que el alcohol afecta al cerebro de forma difusa, y no de forma localizada. De esta manera, sus efectos neurotóxicos alcanzan a todo el cerebro, produciéndose una disfunción cognitiva, de leve a moderada, que es global y no específica (Tivis et al., 1995).

Así, los pacientes alcohólicos crónicos, además de presentar problemas visoespaciales y visoconstructivos, también muestran un pobre rendimiento en pruebas que evalúan habilidades verbales, perceptivo-motoras o de memoria, entre otras (Beatty et al., 2000; Iruarrizaga et al., 2001; Tivis et al., 1995). Por tanto, este modelo defiende la existencia de deterioro neuropsicológico generalizado en esta población.

En apoyo a esta hipótesis también existe alguna investigación en la que, al comparar el rendimiento en tareas visoespaciales entre alcohólicos y pacientes con lesión unilateral del hemisferio derecho, se concluye que los patrones de afectación son diferentes entre ambos grupos. Así, los pacientes alcohólicos cometen un menor número de errores de configuración en el subtest de cubos de la WAIS y se benefician en mayor medida de

la ausencia de restricciones en el límite de tiempo que los pacientes con lesiones derechas (Akshoomoff et al., 1989).

Sin embargo, en los últimos años estudios neuropatológicos, neuropsicológicos, psicofisiológicos y de neuroimagen apuntan a una especial vulnerabilidad de los lóbulos frontales a los efectos neurotóxicos del alcohol (para una revisión, véase Moselhy et al., 2001). Esto ha dado lugar a un tercer modelo explicativo: la hipótesis del daño frontal o hipótesis del cerebro anterior.

1.3.3. *Hipótesis del daño frontal*

La hipótesis del daño frontal surgió, en un primer momento, basándose en la presencia de un patrón de rendimiento neuropsicológico similar entre alcohólicos crónicos y pacientes con lesión en la corteza prefrontal. Así, estos sujetos presentan dificultades a la hora de formar e identificar conceptos abstractos, de solucionar problemas y de generar planes y alternativas de conducta y muestran un pensamiento rígido y elevada distractibilidad (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).

Esta sensibilidad de los lóbulos frontales con respecto al resto del córtex se ve apoyada por estudios de neuroimagen estructural y funcional que muestran una reducción significativa del volumen de los lóbulos frontales, así como hipometabolismo frontomedial e hipoperfusión frontal, respectivamente. Del mismo modo, la investigación psicofisiológica también evidencia una disminución de la amplitud de P3a y de P3b (relacionada con la memoria de trabajo) que sugiere disfunción frontal (Moselhy et al., 2001).

Sin embargo, aunque parecen existir zonas más vulnerables al efecto neurotóxico del alcohol, hay que tener en cuenta el elevado grado de conectividad entre diversas estructuras cerebrales. En esta línea, algunos autores se han empezado a plantear la posibilidad de una interrupción de los circuitos que conectan el córtex prefrontal y el cerebelo (otra región particularmente sensible al alcohol), más que una disfunción en áreas estrictamente prefrontales (Desmond et al., 2003;

Sullivan, 2003; Sullivan et al., 2003; Sullivan et al., 2000).

1.3.4. *Hipótesis de la implicación del circuito frontocerebelar*

Recientemente ha surgido una interpretación alternativa a las tres descritas anteriormente que se puede denominar «hipótesis de la implicación, del circuito frontocerebelar» (para una revisión, véase Sullivan y Pfefferbaum, 2005). Este nuevo modelo explicativo, defendido por el grupo de Edith V. Sullivan, se basa en dos aspectos principales. Por un lado, además de la documentada vulnerabilidad de los lóbulos frontales al efecto neurotóxico del alcohol, existe una clara afectación del cerebelo. Esto se traduce en la aparición de problemas motores, como la dificultad para mantenerse estable (Sullivan et al., 2000). Por otro lado, en los últimos años se tiene cada vez más evidencia de la participación del cerebelo en los procesos cognitivos y, en concreto, se sabe que desempeña algún papel en las funciones ejecutivas, el lenguaje y la memoria, aunque todavía no se conoce con exactitud (Sullivan et al., 2003).

Sullivan (2003), llevando a cabo una investigación con RM y evaluación neuropsicológica, observó que existe una relación importante entre los déficits cognitivos que se presentan en los pacientes alcohólicos crónicos y el cerebelo. Así, mediante análisis volumétricos, comprobó la implicación de las vías pontocerebelar y cerebelotalamocortical en los déficits cognitivos y motores en esta población. En concreto, encontró tres posibles asociaciones anatomo-funcionales: por un lado, una correlación entre el volumen del vermis anterior del cerebelo y la estabilidad; por otro, entre el vermis y el tálamo con las funciones ejecutivas; y, por último, correlaciona la sustancia blanca de los hemisferios cerebelares con las habilidades visoespaciales. En definitiva, este estudio plantea que la interrupción de los circuitos pontocerebelares y cerebelotalamocorticales puede también contribuir a las alteraciones neuropsicológicas específicas observadas en alcohólicos crónicos.

Esta hipótesis encuentra también apoyo en estudios de neuroimagen funcional que muestran un patrón de activación diferente en alcohólicos crónicos y sujetos control mientras realizan una tarea de memoria de trabajo verbal. Concretamente, parece que existe una mayor activación del córtex prefrontal (normalmente izquierda) y del hemisferio cerebeloso superior contralateral (predominantemente derecha) que la que se presenta en los controles (Desmond et al., 2003; Sullivan et al., 2003). En cambio, no se observan diferencias significativas entre los dos grupos en la propia ejecución de la prueba, presentando ambos un rendimiento similar (Brokate et al., 2003; Desmond et al., 2003; Sullivan et al., 2003). Además, este patrón de activación es semejante al que se presenta en otras investigaciones realizadas con memoria de trabajo visoespacial, aunque en este caso el incremento es prefrontal derecho (Pfefferbaum et al., 2001). Esta mayor activación del circuito frontocerebelar, como ya mencionamos anteriormente, se interpreta como un posible mecanismo compensatorio para poder realizar las tareas de memoria de trabajo verbal al mismo nivel que los sujetos control (Desmond et al., 2003; Sullivan, 2003; Sullivan et al., 2003). Diversos autores consideran que este incremento compensatorio de la activación frontocerebelar refleja el mantenimiento del control articulatorio durante la realización de una tarea de memoria de trabajo; es decir, se interpreta como la necesidad de repetir subvocalmente la información que hay que manipular mentalmente (Desmond et al., 2003).

En suma, si bien la hipótesis de la implicación del circuito frontocerebelar no ha sido todavía suficientemente contrastada, se están acumulando evidencias de la implicación del cerebelo en los déficits cognitivos asociados al alcoholismo.

Teniendo en cuenta todos los aspectos descritos con relación a las alteraciones neurocognitivas que presentan los pacientes alcohólicos crónicos, así como las posibles hipótesis explicativas, la cuestión que nos tenemos que plantear es la siguiente: ¿Qué ocurre en población adolescente

que cumple los criterios de abuso/dependencia del alcohol? ¿Presentan las mismas alteraciones neurocognitivas que los adultos?

2. CONSECUENCIAS NEUROCOGNITIVAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

Partiendo del hecho de que la adolescencia es un período de la vida en el cual se produce una importante reestructuración cerebral (Blakemore y Choudhory, 2006; Lenroot y Giedd, 2006) y que estudios animales sugieren una especial vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos neurotóxicos del alcohol (White y Swartzwelder, 2004), resulta prudente no generalizar las alteraciones neurocognitivas que presentan los adultos con problemas de abuso/dependencia del alcohol a las que puedan manifestar los adolescentes y jóvenes adultos con el mismo problema.

Entre los adolescentes y jóvenes adultos se observa una elevada prevalencia del uso de alcohol. De hecho, entre el 6 y el 10 por 100 de los adolescentes cumplen los criterios de trastornos por consumo de alcohol (*Alcohol Use Disorders, AUD*) (Knight et al., 2002). Además, se ha considerado que la ingesta de esta sustancia en esta etapa de la vida se relaciona con la presencia de un mayor riesgo de desarrollar dependencia en la edad adulta (Grant y Berg, 1997) y eleva la posibilidad de mostrar alteraciones neurocognitivas (Tapert et al., 2005).

Los pocos estudios estructurales y funcionales llevados a cabo hasta el momento sugieren que, aunque esta población presenta cortos períodos de consumo desde el establecimiento del AUD (aproximadamente entre uno y dos años) en comparación con los adultos (con una media de ocho años), el consumo abusivo de alcohol en esta etapa de la vida puede llegar a interferir de forma significativa en el adecuado desarrollo del cerebro (para una revisión, véase Tapert y Schweinsburg, 2005).

A continuación se presentan algunas de las principales investigaciones llevadas a cabo.

2.1. Alteraciones estructurales

Desde el punto de vista macroestructural existen muy pocos estudios que nos hayan permitido conocer qué alteraciones morfológicas presentan los adolescentes y jóvenes adultos con AUD en comparación con adolescentes y jóvenes adultos sin AUD.

El primer estudio en abordar esta temática fue el realizado hace poco más de una década por el grupo de De Bellis (De Bellis et al., 2000). Estos autores hallaron que los adolescentes y jóvenes adultos con AUD mostraban una reducción significativa del 10 por 100 del volumen hipocampal de forma bilateral en comparación con los sujetos control, aunque no detectaron diferencias en ninguna otra estructura analizada. Además, observaron una correlación positiva entre el volumen hipocampal y la edad de inicio de abuso de alcohol, y una correlación negativa con la duración del trastorno. Esta investigación, sin embargo, presenta una importante limitación, al emplear una muestra con una alta comorbilidad psiquiátrica y policonsumo.

Esta limitación llevó a Nagel et al. (2005) a realizar un nuevo estudio para comprobar de manera más precisa cuáles son las alteraciones que presenta esta población clínica. Para ello contaron con una muestra de 32 adolescentes divididos en dos grupos: 14 adolescentes con AUD sin comorbilidad psiquiátrica (a excepción de cinco sujetos que presentaban trastorno disocial por su alta relación con el abuso de sustancias) ni policonsumo y 17 adolescentes control. Los resultados mostraron una reducción significativa del hipocampo izquierdo, pero no del derecho, en el grupo AUD. Además, a diferencia del estudio anterior, los autores no observaron correlación ni con la edad de inicio del AUD ni con la duración del trastorno, pero sí una correlación negativa entre la gravedad del trastorno de conducta que presentaban algunos de los sujetos y el volumen hipocampal derecho.

Recientemente, Medina et al. (2007) corroboraron esta reducción significativa del hipocampo izquierdo al observar una asimetría derecha/iz-

quierda hipocampal (siendo mayor el derecho que el izquierdo) en un grupo de adolescentes y jóvenes adultos con AUD sin comorbilidad psiquiátrica ni policonsumo en comparación con un grupo de adolescentes control, que no mostraba tal asimetría.

Hasta el momento todos los estudios mencionados parecen apoyar la especial vulnerabilidad que presenta el hipocampo a los efectos neurotóxicos del alcohol, y concretamente el hipocampo izquierdo. Pero ¿qué ocurre con el córtex prefrontal? Teniendo presente que se trata de la última región cerebral en completar su desarrollo (Blakemore y Choudhory, 2006; Lenroot y Giedd, 2006) y que los estudios realizados con población adulta con problemas de abuso/dependencia del alcohol sugieren una significativa susceptibilidad de esta región cerebral (Moselhy et al., 2001), las investigaciones más recientes se han centrado en estudiar los efectos neurotóxicos del alcohol sobre esta región.

De Bellis et al. (2005) comprobaron que los adolescentes con AUD mostraban una reducción significativa del volumen del córtex prefrontal y una mayor cantidad de líquido cefalorraquídeo prefrontal que los segundos. Estos hallazgos, a diferencia de los encontrados por De Bellis et al. (2000) con relación a la reducción del volumen hipocampal, no correlacionaban ni con la edad de inicio ni con la duración del AUD, pero sí mostraban una correlación negativa entre el volumen de córtex prefrontal y el número máximo de bebidas alcohólicas ingeridas en cada episodio de consumo. Además, aunque diversos estudios sugieren una especial vulnerabilidad de las mujeres a los efectos neurotóxicos del alcohol (para una revisión véase Oscar-Berman y Marinkovic, 2007), De Bellis et al. (2005) (siendo los primeros en analizar las diferencias entre sexos en esta población) no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con AUD, pero sí un menor volumen del cerebelo en los hombres con AUD con relación a los hombres control. Sin embargo, este estudio presenta las mismas limitaciones señaladas en el trabajo previo de De Bellis et al. (2000). Es decir, el grupo de adolescentes y jóvenes adultos

con AUD presenta un alta comorbilidad psiquiátrica, y la mayoría eran policonsumidores.

En contraste con esta investigación, el reciente trabajo de Medina et al. (2008) concluye que adolescentes y jóvenes con AUD sin comorbilidad psiquiátrica (a excepción de cinco que padecían un trastorno disocial) o policonsumo no presentan diferencias en el volumen de córtex prefrontal. Sin embargo, sí hallan diferencias en el volumen de esta región cerebral entre los sujetos con AUD que presentan un trastorno de conducta y el grupo control, siendo significativamente menor en los primeros. Esto sugiere la posible influencia de la comorbilidad psiquiátrica. De todos modos, analizando las diferencias sexuales, observaron que las mujeres con AUD presentaban un menor volumen del córtex prefrontal con relación al mostrado en las mujeres control, mientras que los hombres AUD mostraban el patrón contrario, es decir, un mayor volumen que los hombres del grupo control. Estos autores sugieren la posibilidad de que el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia pueda interferir en el adecuado desarrollo del córtex prefrontal o de que las mujeres tal vez sean más vulnerables a los efectos neurotóxicos del alcohol.

A nivel microestructural, aunque todavía no se ha podido determinar claramente si el menor volumen del tejido cerebral es más prominente en la sustancia blanca que en la sustancia gris, como ocurre en alcohólicos crónicos adultos, existe algún estudio que muestra que los adolescentes y jóvenes adultos con AUD, en comparación con sujetos control con las mismas características sociodemográficas, presentan una reducción de la integridad de la sustancia blanca en algunas áreas del cuerpo calloso.

Concretamente, Tapert et al. (2003) apuntan que, aunque no existan diferencias significativas entre un grupo de ocho adolescentes con AUD y ocho adolescentes control en la rodilla, tronco y esplénio del cuerpo calloso, en general los adolescentes con AUD muestran un menor volumen en esta región, lo cual correlaciona negativamente con la duración del trastorno, el número de síntomas de abstinencia y el consumo reciente de gran-

des cantidades de alcohol. Un estudio más exhaustivo del grupo de De Bellis (De Bellis et al., 2008), que dividió el cuerpo calloso en siete regiones (rostro, rodilla, cuerpo rostral, cuerpo medial anterior, cuerpo posterior, istmo y rodete o esplénio), mostró que los adolescentes con AUD presentan una menor difusión media y una mayor fracción anisotrópica en el rostro (región anterior del cuerpo calloso que facilita la transmisión de información entre el córtex prefrontal izquierdo y derecho) y el istmo (región posterior del cuerpo calloso relacionada con la transmisión de la información entre los hemisferios en la encrucijada temporo-parieto-occipital), siendo las mujeres especialmente sensibles a estas alteraciones microestructurales producidas en el cuerpo calloso. Así, teniendo en cuenta que el desarrollo normal de la mielinización implica un decremento en las medidas de difusión media y un incremento en las de fracción anisotrópica, parece que los adolescentes con AUD muestran una temprana maduración de la sustancia blanca en el cuerpo calloso, en especial en el rostro y en el istmo, y se sugiere que esto pueda ser un factor de riesgo para desarrollar una temprana adicción. Sin embargo, es necesario recalcar, como ya ocurría en estudios anteriores, la alta comorbilidad psiquiátrica y de policonsumo que presentan los sujetos con AUD en el estudio de De Bellis et al. (2008).

En definitiva, los estudios realizados con neuroimagen estructural, aunque no son concluyentes, muestran una posible alteración en el hipocampo (de forma más característica en el hemisferio izquierdo), el córtex prefrontal y en algunas áreas del cuerpo calloso, regiones cerebrales con un marcado desarrollo en la adolescencia y adultez temprana, aunque, dada la falta de estudios longitudinales, no se puede descartar que en vez de efectos se trate de características previas.

2.2. Alteraciones funcionales

2.2.1. Estudio con neuroimagen funcional

El número de investigaciones que han estudiado las posibles diferencias en el nivel de activa-

ción de distintas regiones cerebrales al realizar una prueba neuropsicológica es también muy limitado. En líneas generales, se observó la existencia de un patrón de activación diferente entre adolescentes y jóvenes adultos con AUD y sin AUD en ausencia de comorbilidad psiquiátrica y abuso/dependencia de otras sustancias. Concretamente, parece que adolescentes (tanto hombres como mujeres) con AUD entre 14 y 17 años presentan una mayor activación parietal bilateral y una menor activación en algunas áreas frontales y del cerebelo al realizar una prueba de memoria de trabajo espacial, en comparación con sujetos control. El rendimiento neuropsicológico en dicha tarea no difiere entre los grupos (Caldwell et al., 2005; Tapert et al., 2004).

Cuando realizan esta misma prueba de memoria de trabajo espacial mujeres entre 18 y 25 años que comenzaron a consumir de forma abusiva en la adolescencia, se evidencia una reducción significativa de la actividad cerebral en regiones parietales y frontales (particularmente en el hemisferio derecho) y un peor rendimiento en la tarea con relación a un grupo de mujeres control (Tapert et al., 2001). Estos resultados sugieren que, aunque en la adolescencia exista una posible reorganización neuronal que permita compensar las alteraciones producidas por el alcohol, si este consumo se mantiene en la edad adulta, el cerebro pierde capacidad compensatoria, hecho que se refleja en una peor ejecución de la tarea (Tapert et al., 2004; Tapert et al., 2001).

2.2.2. Estudios neuropsicológicos

A diferencia del conocimiento que tenemos en la actualidad del perfil neuropsicológico que presentan los adultos con AUD, hasta el momento no contamos con datos concluyentes que evidencien un rendimiento neuropsicológico característico de los adolescentes y jóvenes adultos con AUD.

Mientras que investigaciones como las de Brown et al. (2000), Tapert y Brown (1999) o Tapert et al. (2002) observan que los adolescentes y

jóvenes con AUD presentan un peor rendimiento en tareas de memoria verbal y no verbal, atención, memoria de trabajo y habilidades visoespaciales, estudios de neuroimagen en los que también se han administrado tareas neuropsicológicas no encuentran tales diferencias (Medina et al., 2007; Nagel et al., 2005; Tapert et al., 2004). Estas diferencias pueden responder al reducido número de sujetos empleados en las investigaciones de neuroimagen. Al menos dos estudios han observado dificultades en tareas que no suelen verse afectadas en alcohólicos adultos. Concretamente, Moss et al. (1994) y Brown et al. (2000) han informado de que los adolescentes con AUD presentan un coeficiente intelectual total y verbal inferior al de sujetos control. Brown et al. (2000) atribuyen estos resultados al hecho de que esta población se caracteriza por un desinterés académico que se manifiesta en aspectos como la elevada falta de asistencia a clase o el número de suspensos.

Partiendo de que los estudios de neuroimagen funcional muestran que las dificultades en el rendimiento cognitivo empiezan a manifestarse cuando este patrón de consumo abusivo se mantiene más allá de la adolescencia (Tapert et al., 2004), el grupo de Tapert realizó un estudio longitudinal para comprobar qué ocurría si se seguía consumiendo alcohol a los cuatro y ocho años del inicio del trastorno de AUD. Para ello, una vez establecida una línea base de su rendimiento cognitivo a través de la administración de una amplia batería neuropsicológica (momento en el cual los adolescentes presentaban una media de 16 años), a los cuatro años de tratamiento dividieron al grupo en tres subgrupos según el período de abstinencia que presentaban: 32 sujetos que no volvieron a consumir desde el inicio del tratamiento (media de 587,75 días); 38 sujetos que continuaron consumiendo pero que llevan una media de 114,08 días de abstinencia, y 45 consumidores activos (media de abstinencia de 1,98 días). Los resultados muestran que los que continúan presentando un consumo abusivo a los cuatro años obtienen peores resultados en pruebas de atención, memoria de trabajo y memoria

declarativa episódica verbal y no verbal (Tapert y Brown, 1999); y, si este patrón se sigue manteniendo a los ocho años (cuando tienen una media de edad de 24 años), se muestran las mismas dificultades de atención, memoria de trabajo y memoria declarativa episódica, pero en mayor medida (Tapert et al., 2002).

A pesar de que el síndrome de abstinencia es más característico en los adultos alcohólicos debido a que el intervalo de tiempo durante el que abusaron del alcohol es mucho mayor, los adolescentes también pueden presentar síntomas leves o moderados de este síndrome que se manifiestan generalmente como náuseas y/o vómitos, depresión o irritabilidad y dolor muscular (Stewart y Brown, 1995). Con la intención de comprobar si la presencia de síntomas de abstinencia repercute en el funcionamiento cognitivo (como ocurre en población adulta con dependencia al alcohol), el estudio longitudinal del grupo de Tapert, además de la valoración del rendimiento neuropsicológico, administró un cuestionario para comprobar la historia de síntomas de abstinencia que presentaban los adolescentes con AUD. Dividieron a los adolescentes en tres grupos en función de si habían manifestado síntomas en los últimos tres meses, alguna vez pero no en los últimos tres meses y nunca. Los resultados mostraron que la presencia de síntomas de abstinencia (sobre todo en los últimos tres meses) se asocia a dificultades en pruebas de funcionamiento visoespacial (Tapert y Brown, 1999; Tapert et al., 2002), aunque son más evidentes en pruebas de memoria visual (Tapert et al., 2002).

En la línea de lo evidenciado en esta investigación, el estudio transversal llevado a cabo por Brown et al. (2000) también ha puesto de manifiesto que la presencia de síntomas de abstinencia recientes se relaciona con un peor rendimiento en tareas visoespaciales y que un mayor número de síntomas de abstinencia desde el inicio del trastorno se asocia a un peor rendimiento tanto en tareas verbales como en tareas no verbales.

Como limitación de estos estudios cabe destacar que, a excepción del trabajo de Brown et al. (2000), los sujetos presentaban, además del al-

cohol, abuso/dependencia de al menos otra sustancia (generalmente cannabis) o comorbilidad psiquiátrica, por lo que no es posible atribuir los resultados a los efectos del alcohol.

En definitiva, tanto los estudios estructurales como los funcionales sugieren que los adolescentes y jóvenes adultos con AUD muestran:

- a) Una reducción significativa del volumen hipocampal (principalmente del hipocampo izquierdo), del córtex prefrontal y de la integridad de la sustancia blanca en el rostro y el istmo del cuerpo caloso.
- b) Diferencias en el patrón de activación cerebral en una tarea de memoria de trabajo espacial.
- c) Dificultades en tareas cognitivas que valoran memoria, atención y memoria de trabajo.

Sin embargo, la heterogeneidad de las muestras empleadas en cuanto a sexo, edad de inicio del consumo abusivo de alcohol, presencia de síntomas del síndrome de abstinencia, patrón de consumo, presencia de comorbilidad psiquiátrica, abuso/dependencia de otras sustancias además del alcohol y presencia de sujetos con historia familiar de alcoholismo impide extraer conclusiones definitivas y hace necesaria la realización de estudios longitudinales que controlen todas estas variables para aportar un conocimiento más preciso de los posibles efectos neurotóxicos del alcohol en el cerebro adolescente (Tapert y Schweinsburg, 2005).

Entre las variables que pueden influir en las consecuencias neuropsicológicas del AUD está recibiendo especial atención la variable patrón de consumo, y especialmente el denominado *binge drinking* (BD), caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alcohol en cortos espacios de tiempo, principalmente en fin de semana, que suele llevar a la embriaguez (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

El interés creciente por el estudio de este patrón de consumo se debe a que diversos estudios

epidemiológicos muestran un alarmante incremento de esta conducta entre los adolescentes y jóvenes adultos de la población general, siendo éste más significativo entre estudiantes universitarios (para una revisión, véase Parada et al., 2011).

Si tenemos presente que la adolescencia y adultez temprana es un momento crítico del desarrollo caracterizado por una gran vulnerabilidad cerebral (Blakemore y Choudhory, 2006; Lenroot y Giedd, 2006), la alta prevalencia del patrón de consumo BD es, a la vista de los resultados con población clínica, un fuerte motivo de preocupación que sólo recientemente se ha tenido en cuenta en la comunidad científica.

Sin embargo, a pesar de que existen motivos para la alarma, aún son escasas las investigaciones y es poco lo que se conoce acerca de los efectos del patrón BD en adolescentes y jóvenes adultos de la población general. Aun así, los resultados que se están obteniendo son preocupantes.

A modo de resumen, diversos estudios animales han observado que el cerebro adolescente es más vulnerable a los efectos neurotóxicos del alcohol que el cerebro adulto. Dos estructuras que parecen especialmente sensibles son el córtex prefrontal, muy relacionado con el funcionamiento ejecutivo, y el hipocampo, región cerebral que desempeña un papel muy importante en el aprendizaje y la memoria declarativa. A nivel funcional, se comprobó que las ratas adolescentes con un patrón de consumo BD presentan dificultades en tareas de memoria de trabajo espacial, memoria visoespacial y flexibilidad cognitiva (Pascual et al., 2007; White y Swartzwelder, 2004).

Por su parte, en humanos, los pocos estudios existentes también muestran datos preocupantes. Los adolescentes y jóvenes adultos BD, en comparación con jóvenes control, presentan un peor rendimiento en tareas neuropsicológicas que mi-

den memoria declarativa (principalmente verbal), funcionamiento ejecutivo y toma de decisiones (García-Moreno et al., 2008; García-Moreno et al., 2009; Goudriann et al., 2007; Hartley et al., 2004; Parada et al., 2011; Parada et al., 2012). Además, si este patrón de consumo se sigue manteniendo, las dificultades de memoria declarativa verbal persisten (Mota, 2010). A nivel psicofisiológico, se ha observado que los jóvenes BD tienen que realizar un mayor esfuerzo que los no BD a la hora de realizar una tarea de ejecución continua (en la cual hay una clara implicación de la memoria de trabajo visoespacial) y presentan una deficiencia en la diferenciación electrofisiológica entre información relevante e irrelevante (Crego et al., 2009). Además, mediante la *exact low-resolution brain electromagnetic tomography* (eLORETA), se puso de manifiesto que los sujetos BD muestran una hipoactivación del córtex prefrontal anterior derecho al realizar esta misma tarea (Crego et al., 2010).

La importancia de estos resultados no sólo radica en la rapidez de los efectos del consumo de alcohol en esta población (que aparecen tras un período de tres o cuatro años de consumo intermitente de alcohol), sino que hay que tener presente que esta etapa de la vida es un momento crucial para ellos en lo que concierne a la toma de decisiones educativas y/o laborales con importante repercusión para su futuro. Del mismo modo, también es un período en el que, de manera especial, realizan diariamente actividades que exigen competencia cognitiva. Por este motivo, la presencia de estas dificultades en este momento evolutivo puede conllevar grandes consecuencias que, más allá de las provocadas en la función cerebral, pueden afectar negativamente a una integración exitosa en el mundo adulto y en su propio futuro. Por tanto, es importante alertar de estos resultados y seguir investigando al respecto.

Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cannabis

5

FERNANDO RODRÍGUEZ DE FONSECA
MONTSERRAT CALADO
PEDRO ARAOS

1. NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL CANNABIS

1.1. El cannabis como droga de abuso: la dimensión del problema

Los preparados del *cannabis sativa* (hachís, marihuana) constituyen la droga ilegal más extendida en Europa. Si consideramos que las incautaciones de estos preparados en la Unión Europea superan las 7.200 toneladas anuales, nos podemos hacer una idea de la dimensión de su tráfico y utilización. Más de 78 millones de europeos reconocen haberlos utilizado en algún momento de su vida, y de ellos, más de 12 millones lo han hecho en el último mes. Si consideramos que en España el 17,2 por 100 de la población entre 15 y 24 años reconoce haber consumido cannabis en el último mes, podremos dar una correcta dimensión del problema social que supone la circulación y consumo de esta droga ilegal. La alta prevalencia de consumo en jóvenes es especialmente preocupante porque hay evidencia científica contrastada del impacto del consumo de cannabis en la adolescencia sobre el ulterior desarrollo de enfermedad mental, fundamentalmente en el ámbito de los trastornos afectivos y las psicosis. Hoy por hoy, y en número de pacientes, la adicción a cannabis supone el principal motivo de atención sanitaria por una droga de abuso ilegal en la Unión Europea (*Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*, 2011).

1.2. Neurofarmacología del cannabis: el sistema cannabinoide endógeno

Pese a ser la droga ilegal más consumida y la más antigua de la que tenemos testimonio histórico, las bases moleculares de la adicción al cannabis fueron un misterio hasta bien entrado el siglo xx. A finales de los años sesenta se describen los compuestos psicoactivos del cannabis sativa, denominados genéricamente cannabinoides (figura 5.1), de los que destaca el tetrahidrocannabinol o THC (Mechoulam, 1970). Estos compuestos son derivados terpénicos carentes de nitrógeno y extremadamente lipófilos, lo que dificulta tremendamente el estudio de su actividad farmacológica. Por ello, se tardó más de veinte años en identificar los mecanismos de actuación de los cannabinoides naturales. En el año 1988 el grupo de Allyn Howlett en Saint Louis (Devane et al., 1988) describió la existencia en el cerebro de un receptor metabotrópico (tipo de receptores para neurotransmisores capaces de generar segundos mensajeros como el AMP cíclico) que era activable por cannabinoides naturales, entre ellos el THC.

Este receptor presentaba una serie de características únicas, entre las que cabía destacar su presencia extraordinariamente densa en los terminales axónicos de las neuronas de proyección de los ganglios basales, el hipocampo y las cortezas cerebral y cerebelosa. A diferencia de los receptores para opiáceos, este receptor no se expre-

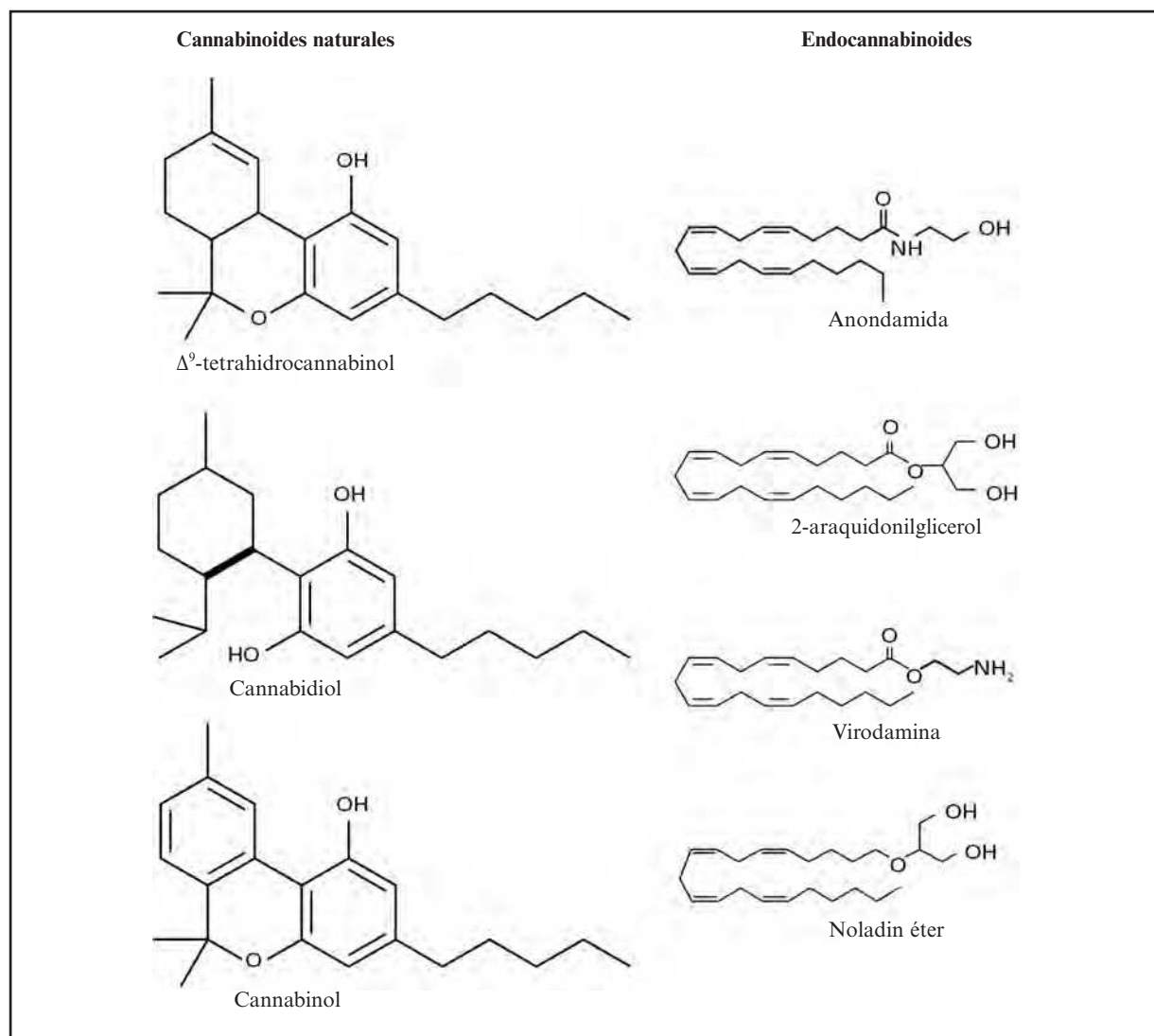


Figura 5.1. Ligandos naturales y sintéticos de los receptores cannabinoides. Tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol y cannabinol son los tres principales cannabinoides naturales presentes en el *cannabis sativa*. El THC es un agonista parcial con afinidad en el rango nanomolar por los receptores CB1 y CB2. El cannabidiol ha sido propuesto como antagonista neutro, mientras que el cannabinol carece de propiedades psicoactivas pero exhibe actividad intrínseca en dichos receptores. Los ligandos naturales endógenos de los receptores CB1 y CB2 son la anandamida y el 2-araquidonilglicerol, aunque sus homólogos virodamina (éster de etanolamina) y noladin (éter de glicerol) también son activos en dichos receptores.

saba en las zonas del cerebro que controlan las funciones vitales, lo que explicaba la baja toxicidad

cardiorrespiratoria del cannabis. Poco tiempo después, se pudo clonar este receptor, al que

se denominó receptor cannabinoide CB1, y se demostró su presencia en neuronas y con menos densidad en los tejidos periféricos, incluyendo sistema neuroendocrino (Matsuda et al., 1990). El receptor CB1 es, hoy por hoy, el receptor metabotrópico más abundante en el cerebro, y se ha conservado extraordinariamente a lo largo de toda la escala animal, desde invertebrados hasta vertebrados superiores. Por homología estructural se identificó un segundo receptor, denominado receptor cannabinoide CB2, presente también en múltiples tejidos, con especial presencia en el sistema inmunológico y mononuclear fagocítico, aunque aparece igualmente en células gliales y en menor medida en neuronas.

Ligandos endógenos de los receptores CB1 y CB2: el sistema endocannabinoide

La presencia de receptores para cannabinoides naturales indicaba la existencia de ligandos endógenos. La búsqueda de dichos ligandos condujo al hallazgo de dos derivados del ácido araquidónico, la *anandamida* y el 2-araquidonilglicerol, o 2-AG (Devane et al., 1992; Piomelli, 2003). Estos dos compuestos se forman a partir de la hidrólisis de precursores ubicados en la membrana plasmática, por dos sistemas enzimáticos diferentes. Su bioquímica se describe en la figura 5.2.

Es importante destacar que tanto la anandamida como el 2-AG son dos señales de comunicación intercelular producidas a demanda, a partir de los cambios en el potencial de membrana celular inducidos por la estimulación de receptores glutamatérgicos (por ejemplo el metabotrópico mGLUR5), GABAérgicos, colinérgicos o dopaminérgicos (por ejemplo la estimulación del receptor de dopamina D2). Son, por tanto, señales transitorias, no existiendo un almacén para ellas. Esto las diferencia de los neurotransmisores clásicos, como la dopamina o la noradrenalina, que se almacenan en vesículas presinápticas que se movilizan y vacían en las sinapsis durante los fenómenos de neurotransmisión. Otro aspecto importante es la diferente concentración y afinidad de ambos endocannabinoides: la anandamida es más

afín que el 2-AG por el receptor CB1 pero su presencia y concentración máxima son mucho menores que los de este endocannabinoide (Piomelli, 2003; Rodríguez de Fonseca et al., 2005). Por último, recientemente se ha comprobado la existencia de receptores para cannabinoides en la membrana mitocondrial, lo que sugiere que el sistema endocannabinoide también participa en la regulación de la bioenergética celular, lo que tiene una gran relevancia en la transmisión sináptica. Esta función también vendría determinada por la producción puntual de endocannabinoides intracelulares (Benard et al., 2012).

Papel fisiológico del sistema endocannabinoide

La existencia de los receptores cannabinoides ha ayudado a entender las acciones farmacológicas de los cannabinoides naturales y de la extensa familia de compuestos agonistas y antagonistas que se han desarrollado a partir de su estructura (Rodríguez de Fonseca et al., 2005). A nivel celular, los endocannabinoides son señales endógenas que regulan plasticidad sináptica, excitabilidad celular, secreción y desarrollo/diferenciación celular. Quizá su papel más importante es la regulación de los procesos de plasticidad sináptica en el sistema nervioso central. Como se explica en la figura 5.3, la activación postsináptica de receptores ligados a incrementos en el Ca_2^+ postsináptico (por ejemplo, los ligados a la producción de los segundos mensajeros diacilglicerol e inositol trifosfato) genera un aumento en la actividad de las enzimas que producen endocannabinoides. Estos compuestos pueden actuar como mensajeros retrógrados que al inhibir la actividad presináptica y modificar la despolarización postsináptica contribuyen al establecimiento de fenómenos de plasticidad bioeléctrica cruciales para el aprendizaje. Entre éstos se incluyen los fenómenos de potenciación y depresión perdurables (LTP y LTD) y los fenómenos de supresión de la excitación/inhibición postsinápticas inducidos por despolarización (DSE/DSI; Piomelli, 2003).

Además del papel de reguladores presinápticos, los endocannabinoides regulan la excitabili-

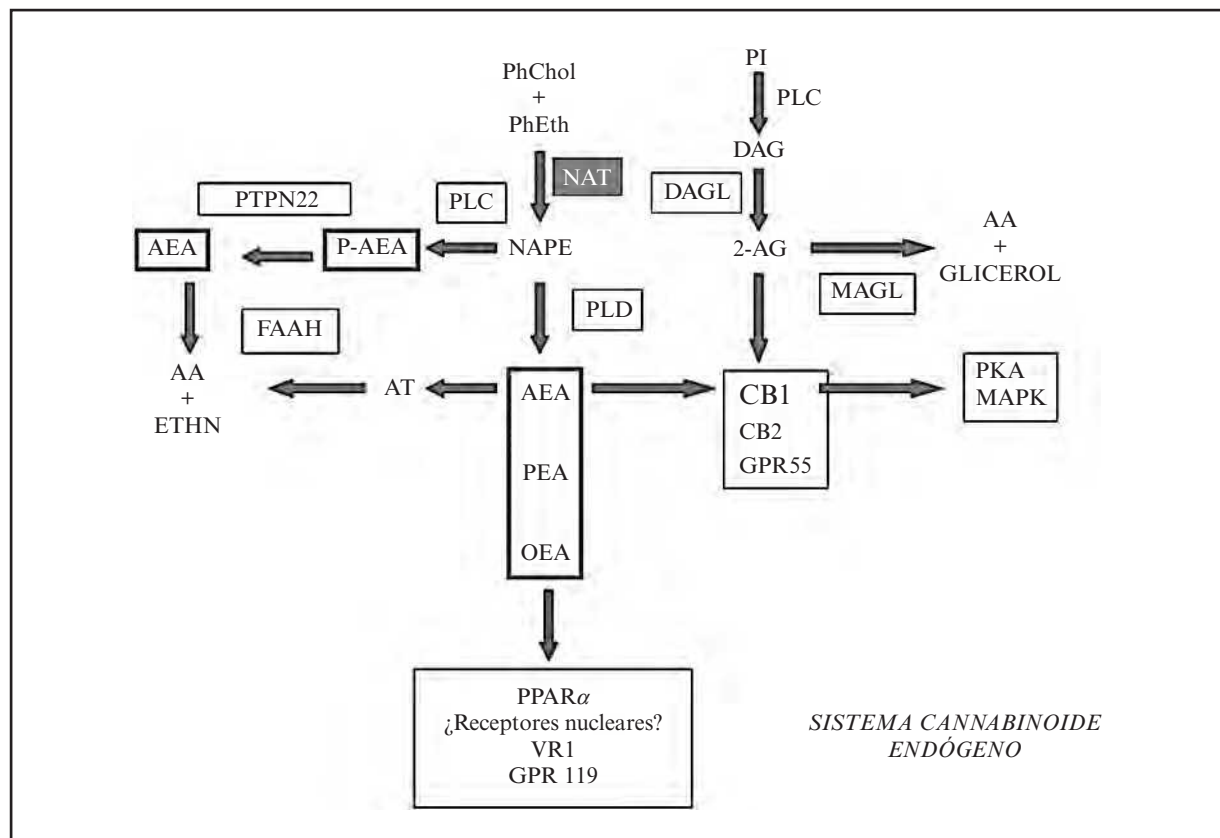


Figura 5.2. Bioquímica del sistema endocannabinoide. Los dos principales endocannabinoides (anandamida, AEA, y 2-AG) se sintetizan a demanda por dos vías diferentes. Mientras la AEA se forma por la hidrólisis de N-acilfosfatidiletanolamina (NAPE), por la acción de una fosfolipasa D NAPE-específica, el 2-AG se forma por la acción específica de la diacilglicerol-lipasa (DAGL) sobre el diacilglicerol formado a partir de fosfolípidos de membrana (PI). Tras actuar en los receptores CB1 o CB2, la AEA y el 2-AG son degradados por sistemas enzimáticos específicos. La anandamida se degrada por la acción de la amidohidrolasa de ácidos grasos (FAAH) previa captación, transporte e internalización por una variante no catalítica de la FAAH (AT). El 2-AG se degrada principalmente mediante la actividad de la monoacilglicerol-lipasa (MAGL). Existen rutas alternativas de síntesis y degradación de AEA y 2-AG, que incluyen la síntesis de intermediarios fosforilados (P-AEA), que son sustrato de la fosfatasa PTPN22, o la actuación coordinada de otras serinhidrolasas como las ABHD 3, 4 y 6 implicadas en la síntesis y degradación de 2-AG. Además de los derivados de ácido araquidónico, existen otros lípidos bioactivos en esta familia, que incluyen acietanolamidas formadas a partir de ácido oleico (OEA) o palmítico (PEA), conjugados de ácido araquidónico con aminoácidos (araquidonilglicina, araquidonilserina, etc.), neurotransmisores (araquidonildopamina) y otros compuestos polares. Estos compuestos pueden actuar no sólo en los receptores cannabinoides, sino en otros receptores huérfanos (GPR119, GPR55), receptores nucleares o receptores vanilloides (VR1) (Piomelli, 2003; Rodríguez de Fonseca et al., 2005).

dad postsináptica, afectando a la dinámica de los canales de calcio y los de potasio y a la producción de segundos mensajeros, fundamentalmente

AMP cíclico. Además, modulan varias familias de proteínquinas (por ejemplo, las MAPK) implicadas en la regulación de múltiples procesos,

muchos de ellos relacionados con la plasticidad neuronal. Como ejemplo relevante para la patología psiquiátrica, la activación de receptores cannabinoides postsinápticos puede modificar drásticamente la señalización mediada por otros neurotransmisores, como dopamina o péptidos opioides, en cuyos circuitos neuronales está presente (Maldonado et al., 2006). La activación por la dopamina de los receptores D2 postsinápticos es capaz de iniciar la liberación de anandamida, que, al activar los receptores CB1, modificará la transducción de señal dopaminérgica y, por tanto, sus acciones fisiológicas pre y postsinápticamente. Así, mientras que los cannabinoides (exógenos o naturales) son capaces de inhibir la potenciación motora o las estereotipias/comportamiento desorganizado asociado a la hiperestimulación del receptor dopaminérgico D2, el bloqueo de los receptores CB1 potencia esta desorganización comportamental, que ha sido propuesta como un mecanismo de promoción de los síntomas psicóticos agudos (Fernández-Espejo et al., 2009).

Estos cambios bioeléctricos pueden suponer la consolidación o borrado de conexiones neuronales en circuitos cruciales para la cognición, el aprendizaje motor o el control emocional. Esta hipótesis se ha podido demostrar en el ámbito de las memorias afectivas. En ellas, el sistema endocannabinoide desempeña un papel crucial en los procesos de olvido selectivo, siendo la base fisiológica del mecanismo que utilizamos para desembarazarnos de las memorias aversivas que pueden dificultar enormemente los procesos de aprendizaje adaptativo y la vida emocional del individuo (Marsicano et al., 2002).

En función de la ubicación anatómica de los receptores CB1 y CB2, se ha podido demostrar un importante papel en la regulación de procesos perceptivos (dolor), cognición (memoria), control emocional, regulación de los sistemas motores, control neuroendocrino, homeostasis del gasto energético, regulación del tránsito gastrointestinal, integración neuroinmunológica y un importante papel en la reproducción y el desarrollo embrionarios (Maldonado et al., 2006; Piomelli,

2003; Rodríguez de Fonseca et al., 2005). Uno de los circuitos más relevantes en los que el sistema endocannabinoide está presente es precisamente el circuito de la recompensa, y sus circuitos asociados de integración emocional y aprendizaje asociativo. La presencia del receptor CB1 y de los elementos del sistema endocannabinoide en estos circuitos explica por qué el cannabis es una droga de abuso, y por qué su consumo continuado produce dependencia y psicopatología asociada.

1.3. Bases neurobiológicas de la adicción al cannabis

El THC, como principal componente psicoactivo del cannabis, posee todas las propiedades características de las drogas de abuso. Es capaz de activar el sistema de recompensa, incrementando la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, la principal estación de procesamiento del aprendizaje asociativo mediado por experiencias placenteras. Esta modulación del sistema de recompensa por los cannabinoides se asocia a la inducción de cambios en los umbrales de autoestimulación eléctrica intracraneal, la inducción de condicionamientos de lugar preferencial y la autoadministración intravenosa en modelos animales. Todos estos hallazgos sostienen la hipótesis de que el cannabis es una droga con potencial de abuso como la heroína, el alcohol, los psicoestimulantes o la nicotina.

El THC también es capaz de modular los circuitos emocionales y de respuesta a estrés, incluyendo los circuitos que desde la amígdala y el hipotálamo utilizan el neurotransmisor factor liberador de corticotrofina (CRF) y regulan la respuesta emocional adaptativa a las drogas de abuso. El THC también es capaz de modular las funciones ejecutivas y la toma de decisiones actuando en la corteza prefrontal. El cannabis y los endocannabinoides modifican la actividad de la corteza prefrontal y sus proyecciones a los ganglios basales y el mesencéfalo, que intervienen en la planificación y ejecución de los actos motivados. Por último, el THC es capaz de interferir con

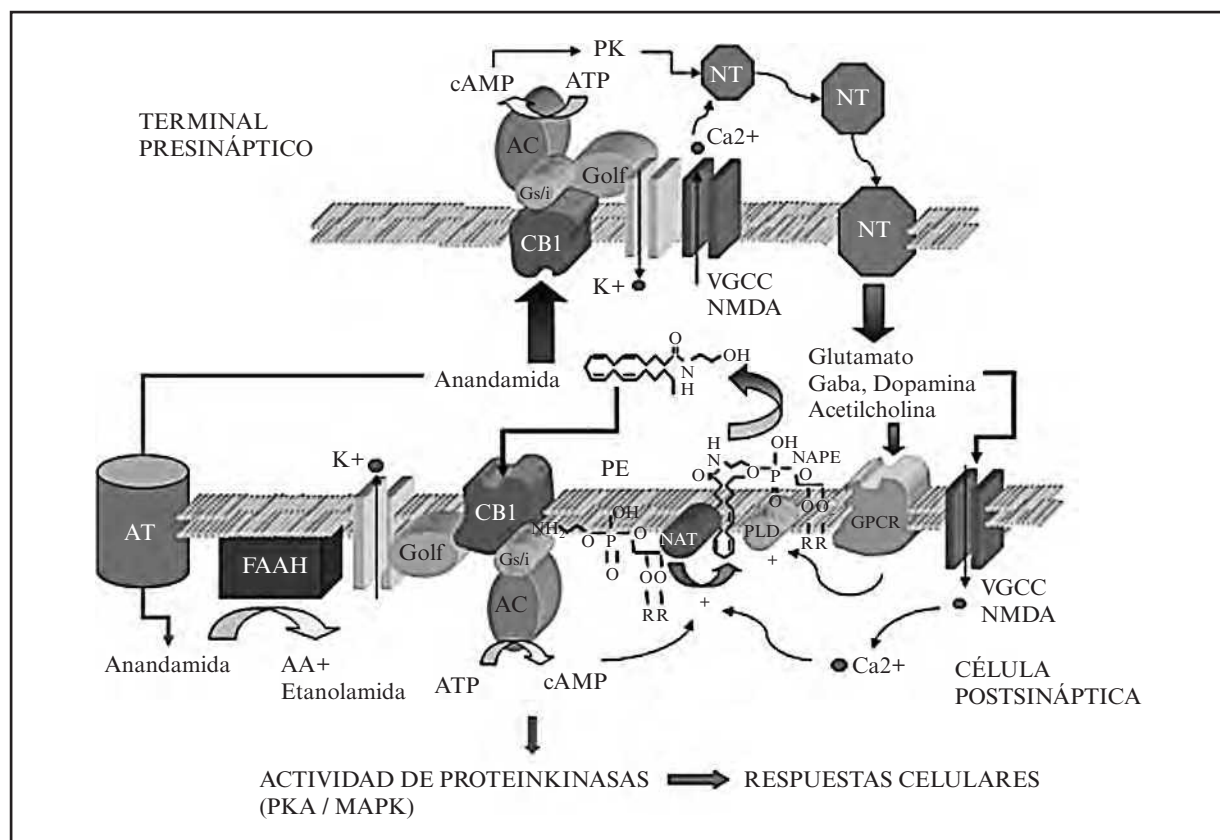


Figura 5.3. Papel fisiológico del receptor CB1 en la transmisión sináptica. En esta figura se ha ubicado el potencial papel de la anandamida, siendo similar el del 2-AG. La estimulación postsináptica excitatoria o inhibitoria (glutamato, acetilcolina, GABA, dopamina) es capaz de promover la liberación de anandamida mediante la hidrólisis de sus precursores de membrana (NAPE). La anandamida o el 2-AG pueden viajar retrógradamente para actuar en los receptores CB1 presinápticos que inhiben la liberación del neurotransmisor (actuando vía inhibición de la formación de AMPc o controlando la permeabilidad de canales de K^+ y Ca^{2+}). Como alternativa, pueden actuar en receptores CB1 postsinápticos implicados en el control de la despolarización. El resultado es un papel fundamental para este sistema en el control de los fenómenos de plasticidad asociados a la transmisión glutamatérgica y GABAérgica. Hoy por hoy, el papel del neurotransmisor retrógrado está confirmado para el 2-AG y postulado para la AEA (Piomelli, 2003; Wilson y Nicoll, 2002).

los procesos de aprendizaje de base hipocampal, necesarios para el establecimiento de memorias episódicas y afectivas. Todas estas acciones son dependientes del receptor cannabinoide CB1, que, aunque no está presente en las neuronas dopaminérgicas, sí lo está en todas las neuronas que expresan receptores de dopamina y son inervadas por el circuito del refuerzo (Maldonado et al.,

2006; Rodríguez de Fonseca et al., 2005). Por último, hay que destacar que los propios endocannabinoides (no sólo los exógenos) son moléculas que actúan como agentes capaces de modificar los procesos de refuerzo/recompensa y, por tanto, participan en la fisiopatología de la adicción (Maldonado y Rodríguez de Fonseca, 2002; Maldonado et al., 2006; Rodríguez de Fonseca et al.,

1997). De hecho, variaciones (polimorfismos) en los genes del receptor CB1 y en los de la enzima degradadora de anandamida, la FAAH, se vinculan a fenotipos severos de adicción en humanos (Maldonado et al., 2006).

Debido a este perfil farmacológico que poseen los principios activos del cannabis, los animales y los humanos se autoadministran cannabinoides psicoactivos y desarrollan tolerancia y dependencia tras su consumo crónico. Esta tolerancia y dependencia se producen a través de fenómenos adaptativos celulares idénticos a los que se producen tras la estimulación de los receptores opiáceos con morfina. La estimulación crónica del receptor CB1 induce su desensibilización, así como fenómenos adaptativos en la cadena de segundos mensajeros regulados por el receptor CB1. Sin embargo, estos fenómenos no conducen a un síndrome de abstinencia espontáneo cuando se deja de consumir cannabis, debido a la larga vida media de los cannabinoides naturales. Los cannabinoides son compuestos lipídicos que se almacenan en tejidos grasos y su vida media en el organismo es cercana a un mes, lo que impide la presentación de un síndrome de abstinencia intenso como el del alcohol o los opiáceos, de vida media muy corta. Sin embargo, sí es posible poner de manifiesto la dependencia de cannabis e inducir un síndrome de abstinencia si se administra un antagonista del receptor CB1. Este síndrome de abstinencia inducido en animales dependientes de THC es muy similar al observado tras la administración de opiáceos (Navarro et al., 1997; Rodríguez de Fonseca et al., 1997).

Gracias a la convergencia de mecanismos de señalización de los receptores cannabinoides y los de la mayoría de las drogas de abuso (como los receptores opiáceos, los receptores dopaminérgicos o los serotoninérgicos), así como a la presencia de estos receptores en los circuitos responsables de la conducta adictiva, se ha podido demostrar un papel crucial del sistema cannabinoide en la adicción (Maldonado et al., 2006). Las manipulaciones de los receptores CB1 mediante antagonistas específicos o delecciones en animales modificados genéticamente, así como

las alteraciones en la producción o degradación de endocannabinoides mediante el uso de inhibidores enzimáticos específicos, modulan la adicción a cocaína, opiáceos, etanol y psicoestimulantes, y explican el porqué de un policonsumo en el que la presencia del cannabis en el historial de los adictos es una constante (Maldonado et al., 2006; Maldonado y Rodríguez de Fonseca, 2002).

2. CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

Los efectos del consumo de preparados del cannabis siguen siendo el sujeto de un debate social sesgado por las consideraciones sobre su situación legal. Esta situación ha dificultado el desarrollo de estudios sobre las consecuencias médicas (fundamentalmente neurobiológicas) derivadas de su consumo crónico. En los últimos veinte años, esta falta de evidencia científica se ha visto corregida por el descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno, que ha sentado las bases explicativas de las acciones de los principios activos del cannabis. Este soporte farmacológico que iguala al cannabis con el resto de drogas de abuso ha fomentado el desarrollo de estudios longitudinales en población usuaria de esta droga, cuyos resultados han conducido a la identificación de consecuencias médicas socialmente relevantes y que permiten una toma de posición realista sobre su impacto en la salud. Quizá el hecho científico más relevante es la constatación de que la exposición a cannabis durante edades tempranas, especialmente en la adolescencia, puede producir un impacto duradero en el individuo. Consumir cannabis crónicamente en edades menores de 18 años trae como consecuencia una mayor incidencia de enfermedades mentales (fundamentalmente psicosis y en menor medida trastorno depresivo), así como deterioros cognitivos en la edad adulta, en especial en el ámbito de las funciones ejecutivas. A continuación se revisan estos estudios y se discute la importancia del consumo de cannabis por los adolescentes.

2.1. Toxicidad aguda del cannabis

El consumo de cannabis no está asociado a mortalidad directa. La ausencia de receptores cannabinoides en las neuronas del tronco encefálico que controlan las funciones vitales explica este hecho. Sin embargo, estudios recientes demuestran que el consumo de cannabis no está desprovisto de consecuencias derivadas de sus efectos agudos. Varios estudios han notificado recientemente que el consumo de cannabis está asociado a un mayor número de efectos adversos (Joanujus et al., 2011) y de accidentabilidad no mediada por accidentes de tráfico (Barrio et al., 2012). De entre los efectos adversos asociados al consumo de cannabis destacan los relacionados con el sistema nervioso central. En una serie de 200 casos de ingresos por cannabis, en los que se constataron 619 efectos adversos, los efectos más importantes fueron los psiquiátricos (en especial los relacionados con ansiedad y ataque de pánico), que supusieron cerca del 18 por 100 de los casos, seguidos de los efectos sobre el sistema nervioso periférico (15 por 100), la intoxicación aguda (12 por 100), los efectos respiratorios (11 por 100) y los cardiovasculares (9,5 por 100). En general, los consumidores regulares de cannabis tienen una incidencia de efectos adversos de 3,2/1.000.

En la aparición de efectos agudos del cannabis tiene una gran relevancia el cambio que se ha producido en el cultivo de la planta. La consecución de variedades de cannabis con un alto contenido en THC y un bajo contenido en cannabidiol, como las variedades *sinsemilla*, ha incrementado el número de urgencias derivadas de su consumo agudo (Joanujus et al., 2011). El cannabidiol es un cannabinoide no psicotrópico presente en la planta y que actúa como un antagonista neutro del receptor CB1, provocando respuestas farmacológicas opuestas a las del THC, en especial en test de psicoactividad (Bhattacharyya et al., 2010). La disminución de la cantidad de este cannabinoide y el incremento en el THC en las variedades pueden estar detrás del incremento en reacciones adversas a los prepara-

dos del cannabis que se ha observado recientemente.

2.2. Exposición crónica a cannabis: cannabis y desarrollo cerebral

El verdadero problema del cannabis como droga de abuso deriva de los efectos que puede ejercer sobre el sistema nervioso central a largo plazo. El THC, al estimular el receptor CB1, no sólo incide sobre uno de los principales mecanismos de regulación de la transmisión sináptica, sino que también afecta a los procesos de desarrollo y establecimiento de sinapsis, así como a la neurogénesis/diferenciación neuronal. Por tanto, el THC puede inducir cambios plásticos en la constitución, desarrollo y funcionamiento de los circuitos cerebrales en los que está presente y, por tanto, provocar alteraciones neurobiológicas que se manifiestan como enfermedad mental o neurológica. Estas acciones son mucho más relevantes si consideramos los momentos críticos del desarrollo cerebral, en los que los fenómenos de plasticidad y reorganización cerebral pueden conducir a fenotipos alterados silenciosos. Estos fenotipos de vulnerabilidad podrán manifestarse años después de forma clínica al incidir un segundo evento (por ejemplo, consumo de drogas, estrés, infecciones, sucesos vitales) capaz de inducir en los circuitos alterados respuestas anómalas por la alteración adquirida. Ésta es la teoría del doble daño o doble insulto que explica la enfermedad mental como una consecuencia de las alteraciones en el neurodesarrollo.

El THC presente en el cannabis podría modificar por tanto los procesos de formación del sistema nervioso central durante la gestación y la lactancia, si la madre es consumidora, o inducir cambios plásticos en la adolescencia, otro momento crucial del neurodesarrollo, si el adolescente es consumidor. En la edad adulta, el cannabis podría modificar procesos de funcionamiento cerebral, especialmente los relacionados con el aprendizaje y la memoria, al alterar la dinámica de los circuitos en los que se ubican los recepto-

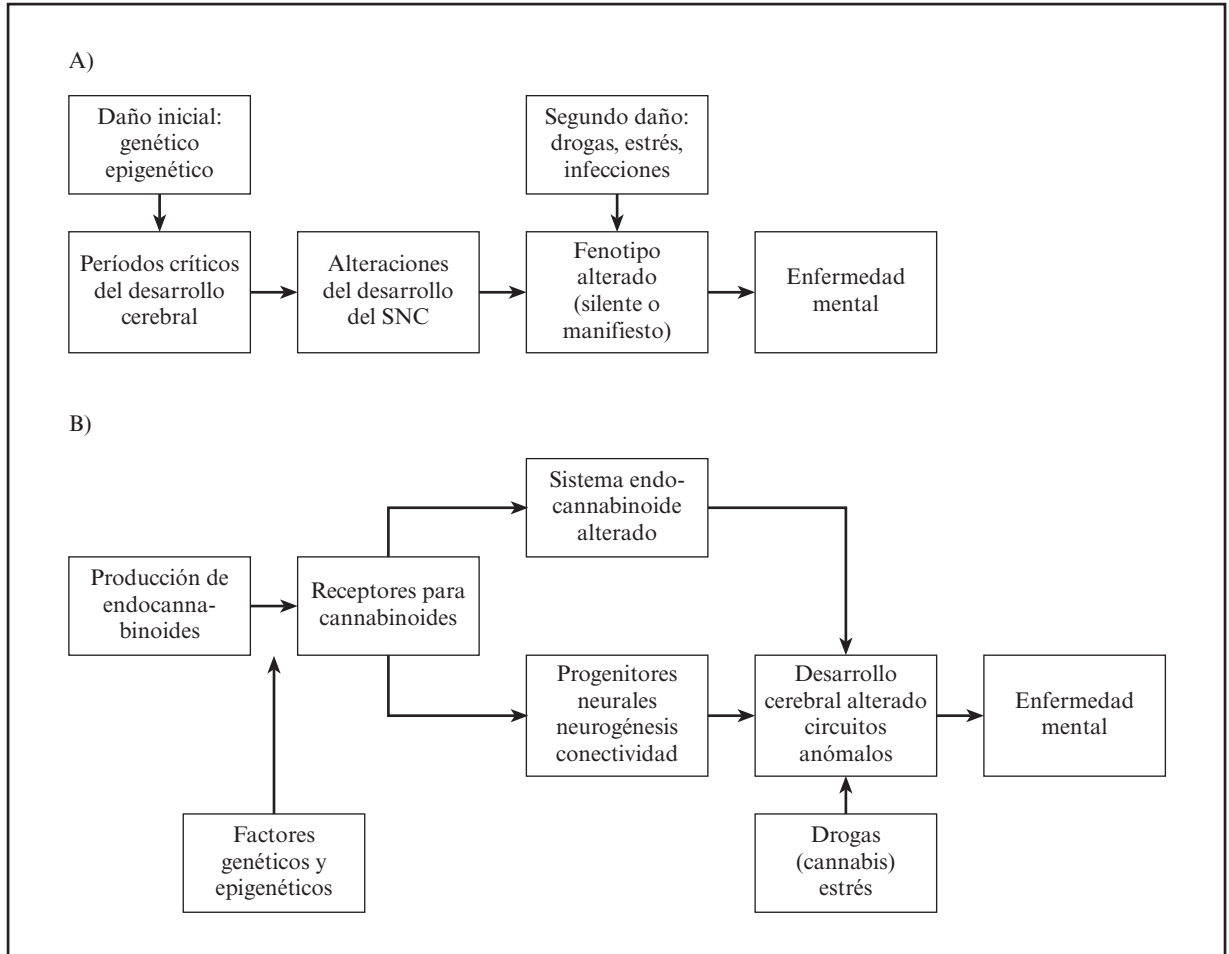


Figura 5.4. **A) Teoría del doble daño.** El desarrollo cerebral puede verse alterado por la acción tanto de factores endógenos (mutaciones, cambios en el programa genético de desarrollo) como exógenos (consecuencias epigenéticas derivadas de la exposición a drogas, hormonas, disruptores endocrinos, infecciones, etc.) si éstos impactan en períodos críticos de la vida (períodos embrionario, postnatal temprano y adolescencia). Estos factores pueden dar lugar a un fenotipo silente que se pone de manifiesto en la edad adulta cuando incide un segundo daño sobre el cerebro alterado. **B) Papel del sistema cannabinoide.** El sistema cannabinoide regula el desarrollo cerebral y puede ser diana o efector de estos daños cerebrales causantes de enfermedad mental. La exposición a cannabis puede modificar tanto el desarrollo cerebral, al afectar a procesos de diferenciación neural, migración y conectividad, como la conectividad y el funcionamiento de los circuitos, actuando como un segundo daño capaz de provocar la emergencia del fenotipo alterado en forma de patología mental.

res CB1. Pero es lógico pensar que, al no ser un momento crítico del desarrollo, el impacto del consumo, y por tanto de sus consecuencias, sea menor que el que se produce en las etapas de

máxima plasticidad. Este hecho se ve refrendado en la clínica (cuadro 5.1) en el hecho de que la máxima incidencia de consecuencias médicas se observa en consumidores crónicos de cannabis

CUADRO 5.1

Principales efectos secundarios derivados del consumo de preparados de cannabis sativa en humanos para los que hay evidencia científica contrastada. No se incluye la presencia de comorbilidad psiquiátrica, es decir, los trastornos psiquiátricos no inducidos por el cannabis presentes en consumidores de esta sustancia. Las funciones ejecutivas corresponden a atención, concentración, toma de decisiones, inhibición, impulsividad, memoria de trabajo y fluidez verbal

Consecuencia neurobiológica	Edad de inicio del consumo fin del estudio	Frecuencia de consumo	Referencia
Depresión y ansiedad	15-22	Más de 1 semana	Patton et al., 2002
Depresión y ansiedad	>15	Al menos una vez	De Graaf et al., 2010
Psicosis	>16	Al menos una vez	Moore et al., 2007
Psicosis	>16	Más de 1 semana	Moore et al., 2007
Consumo de otras sustancias	15-21	Al menos 50 veces	Fergusson et al., 2000
Alteraciones en funciones ejecutivas	16-20	14 veces al mes	Solowij et al., 2002, 2011
Alteraciones en funciones ejecutivas	15-21	Más de 200 veces	Hanson et al., 2010
Alteraciones en memoria	13-19	Más de 200 veces	Jager et al., 2010
Síntomas de abstinencia de cannabis	>18	Más de 100 veces	Levin et al., 2010

que comenzaron el consumo en edades tempranas en torno a los 12-15 años y que cuando alcanzaron la edad adulta ya declaraban un consumo mayor de 50 veces de preparados de la planta. Hay que dejar claro que la menor repercusión del consumo de cannabis en la edad adulta, no significa necesariamente inocuidad del mismo.

Por tanto, y con vistas a posicionarnos en el ámbito de la prevención y tratamiento de las consecuencias del consumo crónico de cannabis, vamos a revisar brevemente el impacto de dicho consumo en las siguientes áreas: enfermedad mental (psicosis, trastornos del estado de ánimo), alteraciones en la memoria, alteraciones en las funciones ejecutivas y asociación con el consumo/abuso de otras sustancias (policonsumo).

2.3. Cannabis y enfermedad mental

El hecho de que los endocannabinoides sean capaces de modificar la liberación presináptica de neurotransmisores y de modular las respuestas postsinápticas, actuando como señales homeostáticas de regulación del peso sináptico (es decir,

cuándo y con qué intensidad se activa una ruta sináptica), implica con seguridad que su dinámica de funcionamiento puede verse alterada en algunos procesos psicopatológicos, como se ha descrito para la esquizofrenia (Fernández-Espejo et al., 2009; Malone et al., 2010; Zanettini et al., 2011). La modificación del funcionamiento cannabinoide puede limitar la plasticidad neuronal necesaria para afrontar situaciones vinculadas a experiencias agudas y traumáticas, contribuyendo a la aparición de sintomatología psiquiátrica asociada al circuito neuronal afectado. La evidencia científica (véase el cuadro 5.1) en relación con el consumo de cannabis establece claramente una contribución del sistema cannabinoide activado por el THC en el desarrollo ulterior de psicosis y de trastorno del estado de ánimo (depresión y ansiedad). La evidencia científica es muy relevante en el caso de la esquizofrenia, y sujeta a discusión en el caso de los trastornos del estado de ánimo. Lo que evidencian todos los estudios hasta la fecha es que tanto la edad temprana de comienzo como la dosis son factores determinantes para que el consumo de cannabis resulte en la aparición de un trastorno mental en edades pos-

teriores. A este respecto, la baja percepción de riesgo asociado al consumo de esta droga por los adolescentes y la disponibilidad de preparados ricos en THC suponen un motivo de preocupación al incidir precisamente en estos dos factores determinantes de las complicaciones relacionadas con el consumo.

Cannabis y psicosis

La asociación entre el consumo crónico de cannabis y la aparición de psicosis ha sido un tema sujeto a gran debate, en especial por la dificultad para esclarecer si realmente lo que se observaba era una relación causal inversa (es decir, la psicosis latente o la personalidad premórbida determinaba el consumo) o simplemente un efecto psicotogénico transitorio producido por los principios activos de la planta directamente (psicosis cannábica). Sin embargo, a partir del metaanálisis de Moore en 2007, en el que se pudieron controlar estos factores, se pudo demostrar que el consumo de cannabis causaba psicosis, incrementando el riesgo en un 40 por 100 en consumidores ocasionales y hasta en un 109 por 100 en los consumidores crónicos. Haciendo una estimación sobre la incidencia de esquizofrenia en población general, el efecto sobre ella del consumo de cannabis permite atribuir un 14 por 100 a la presencia de consumo de esta droga. La mayoría de los estudios se han realizado en cohortes de pacientes que comenzaron su consumo en la adolescencia, por lo que la aparición de la psicosis en estos pacientes se ajusta claramente al modelo de trastorno del neurodesarrollo citado anteriormente (Fernández-Espejo et al., 2009; Malone et al., 2010).

Los mecanismos implicados en la aparición de psicosis asociada a cannabis parecen estar relacionados con el papel que tiene el sistema cannabinoide como modulador de las acciones de la dopamina sobre la neurotransmisión glutamatérgica que proyecta a los ganglios basales desde la corteza prefrontal y cingulada (Giuffrida et al., 1999). En condiciones normales, la dopamina facilita la neurotransmisión glutamatérgica, y una

sobreestimulación dopaminérgica conduce a la desorganización del comportamiento y la aparición de síntomas positivos de psicosis. La estimulación de los receptores CB1 es capaz de frenar de manera aguda la sobreactividad inducida por dopamina al actuar como un freno gracias a su capacidad para inhibir la liberación de glutámico y reducir la facilitación dopaminérgica. Sin embargo, la exposición crónica a cannabis desensibiliza los receptores CB1 y provoca una situación paradójica en la que el freno endocannabinoide desaparece y se sustituye por una hiperreactividad a la estimulación dopaminérgica (Gorriti et al., 1999). Este bloqueo funcional endocannabinoide producido por el THC crónico explicaría por qué los consumidores crónicos de cannabis pueden tener una mayor susceptibilidad al desarrollo de brotes psicóticos (esta hipótesis se revisa extensamente en Fernández-Espejo et al., 2009).

Cannabis y trastorno del estado de ánimo

Hasta la fecha, se ha demostrado claramente que el sistema cannabinoide endógeno actúa como un potente ansiolítico al limitar la activación de circuitos amigdalofugales implicada en las respuestas de miedo condicionado y ansiedad. Así, la inhibición de la degradación de enocannabinoides es ansiolítica (Khaturia et al., 2003), mientras que el bloqueo de los receptores CB1 o la abstinencia de cannabinoides es profundamente ansiogénica (Navarro et al., 1997; Rodríguez de Fonseca et al., 1997). Es más, los cannabinoides parecen controlar la extinción de las memorias de naturaleza aversiva o afectiva negativa, algo fundamental para entender el estrés post-traumático o la ansiedad crónica (Marsicano et al., 2002). Estos modelos animales han podido ser trasladados parcialmente a humanos, en los que sí se constata la acción ansiolítica del cannabis, aunque también se identifican reacciones adversas (pánico, ansiedad) asociadas a su administración aguda o crónica (Hall y Solowij, 1998).

En lo que atañe a depresión, el consumo de cannabis se asocia a una mayor prevalencia de trastorno depresivo inducido. El principal meta-

nálisis publicado (Moore et al., 2007) revela que la asociación no es tan fuerte como en el caso de las psicosis (Odds ratio de 1,49 en depresión versus 2,09 en psicosis), pero sí significativa. Aunque se han publicado estudios contradictorios (véase, por ejemplo, Graaf et al., 2010), esta presencia de depresión es más frecuente en consumidores jóvenes, especialmente de sexo femenino, que comenzaron el consumo antes de los 17 años y que han sostenido consumos semanales e incluso diarios durante más de cinco años (Paton et al., 2002). En ellos la incidencia de depresión fue muy superior a la de la población no consumidora (Odds ratio 5,6).

2.4. Efectos del cannabis sobre las funciones ejecutivas

La exposición aguda y crónica a cannabis produce cambios relevantes en las funciones cognitivas, desde la coordinación motora hasta las tareas ejecutivas más complejas, incluyendo las capacidades de planificación, organización, resolución de problemas, toma de decisiones y control del procesamiento emocional. Estos déficits dependen de la dosis, tiempo desde el último consumo, edad de inicio y duración del mismo (Crean et al., 2011). El impacto del cannabis sobre las funciones ejecutivas, en especial en adolescentes, puede provocar un deterioro en las capacidades no sólo de aprendizaje, sino de interacción social, lo que puede derivar en un desplazamiento social que facilita el mantenimiento del consumo y un avance hacia la marginación. Afortunadamente, esto sólo ocurre en un porcentaje de individuos pequeño, en relación con el total de consumidores, en torno al 10 por 100 de los mismos. Sin embargo, dado que en los adolescentes y adultos jóvenes la prevalencia del uso mensual de cannabis se acerca al 17 por 100 de la población, el impacto global supondría una nada desdénable cantidad de adolescentes (en torno al 1,5 por 100) con problemas cognitivos a raíz de su consumo de cannabis.

Los cambios en las funciones ejecutivas corresponden sobre todo a los ámbitos de aprendi-

zaje verbal, memoria de trabajo verbal y atención, que se ven claramente deteriorados. En el ámbito de toma de decisiones y control de impulsos, el consumo de cannabis produce una mayor impulsividad y una peor inhibición de las respuestas no adaptativas, lo que conduce a mayor tasa de errores en tareas cognitivas (Crean et al., 2011). Aunque la mayoría de estos efectos desaparecen progresivamente con el cese del consumo, en especial los relacionados con atención y memoria de trabajo, se ha podido constatar que los déficits en la toma de decisiones, impulsividad, formación de conceptos y planificación no remiten tras la abstinencia, quedando estas funciones permanentemente afectadas. Esto es más evidente cuanto más temprano en el desarrollo haya comenzado el consumo, dado que la maduración de las funciones ejecutivas no acontece hasta después de la adolescencia, por lo que pueden verse afectadas por la acción de los cannabinoides sobre la maduración cortical (Crean et al., 2011; Hanson et al., 2010).

2.5. Cannabis y memoria

Uno de los efectos farmacológicos más evidentes de la administración aguda de cannabis es el deterioro de los procesos de memoria de base hipocampal y prefrontal, incluyendo la memoria de trabajo (Lane et al., 2005). La inhibición de la memoria reciente por los principios activos del cannabis se debe a la presencia de receptores para cannabinoides tanto en las neuronas de proyección del hipocampo como en la red de interneuronas del mismo. Se ha podido comprobar que las acciones de los cannabinoides sobre estos procesos son similares en roedores y en humanos, y sugieren que el déficit de memoria se produce por una aceleración de la tasa de olvido, es decir, un borrado prematuro de la huella de memoria reciente (Lane et al., 2005). Este hecho es muy relevante, ya que no sólo se extiende a las memorias cognitivas, sino también a las emocionales. En ellas, el grupo de Marsicano et al. (2002) pudo demostrar que el sistema cannabinoide es

esencial para la extinción rápida de memorias aversivas, algo esencial para el ajuste correcto de los aprendizajes estímulo-respuesta.

La mayoría de estos efectos desaparecen tras cesar el consumo, con la excepción del deterioro parcial de la memoria verbal. Estudios recientes de resonancia magnética funcional realizados en adolescentes consumidores de cannabis han revelado que pese a que estos adolescentes ejecutan las tareas cognitivas relacionadas con la memoria de trabajo de modo normal tras cesar el consumo, lo hacen a costa de un incremento notable de la actividad prefrontocortical que sugiere la existencia de una compensación funcional indicativa de un daño subyacente en los circuitos de procesamiento cognitivo. La relevancia de este hecho, y su impacto sobre el desarrollo posterior del individuo, no son conocidos, pero podrían contribuir a la mayor vulnerabilidad a las psicosis, la depresión y la adicción que algunos consumidores crónicos de cannabis presentan (Jager et al., 2010).

3. DEPENDENCIA DEL CANNABIS Y POLICONSUMO ASOCIADO

3.1. Dependencia del cannabis

Aunque la abstinencia del cannabis no se había reconocido en los manuales de diagnóstico estadístico de enfermedad mental, como el DSM-IV, por las dudas existentes sobre su presencia real y su significado clínico, en los últimos años se ha podido constatar su existencia en diversos estudios longitudinales, así como en estudios clínicos controlados en laboratorio (Levin et al., 2010; Hasin et al., 2008). En general, los consumidores crónicos de cannabis experimentan un síndrome de abstinencia que es dependiente de la dosis y tiempo de consumo y que correlaciona con la severidad de los criterios DSM-IV de dependencia. Los principales síntomas que se observan en los pacientes abstinentes son: sensación de fatiga y cansancio, hipersomnia, bostezos continuos, ansiedad, ánimo deprimido y cierto em-

botamiento cognitivo. En general, un 42,4 por 100 de los usuarios de cannabis refieren haber experimentado estos síntomas, y de los que los sufrieron, un 70,4 por 100 tomaron cannabis para aliviarlos, aunque también declararon tomar tabaco o alcohol para mitigar su intensidad. En general, estos datos concuerdan con los modelos animales de inducción de dependencia/abstinencia de cannabinoides, en los que se ha podido constatar una convergencia de mecanismos con el alcohol y los opiáceos durante la instauración de dicho síndrome (Navarro et al., 1998; Rodríguez de Fonseca et al., 1997).

3.2. Cannabis y policonsumo

En los últimos años se detecta un interés cada vez mayor por la coexistencia del consumo de cannabis y de otras sustancias de abuso. Las encuestas poblacionales muestran un incremento del policonsumo; así, el 95,9 por 100 de sujetos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses también han consumido alcohol, el 86,1 por 100 ha consumido también tabaco, el 18,1 por 100 ha consumido cocaína, el 10,6 por 100 ha consumido éxtasis y el 8,4 por 100 ha consumido anfetaminas (*Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*, 2011).

Estudios llevado a cabo en población general (Degenhardt et al., 2001) demuestran una amplia asociación entre el consumo habitual de cannabis y el abuso/dependencia de otras sustancias; esta relación es más intensa en caso de que el sujeto presente un trastorno por dependencia de cannabis y la asociación estadística se mantiene incluso después de controlar otras variables, como los rasgos de personalidad y factores sociodemográficos (Degenhardt et al., 2001).

Diversos estudios observan que el consumo de cannabis habitualmente precede al de otras sustancias de abuso, lo que sugiere una relación causal directa entre aquél y el inicio del consumo o la evolución de los trastornos por uso de otras sustancias de abuso ilegales. Diversos estudios han mostrado una asociación elevada y significa-

tiva entre el uso de cannabis y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales, lo que sugiere que el primero puede actuar como droga facilitadora o inductora del consumo de otras sustancias ilegales, interviniendo factores de personalidad, sociológicos y de disponibilidad de las drogas. La asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas aparece tanto en pacientes con un trastorno por dependencia como en consumidores semanales, y es más intenso cuanto menor es la edad de inicio del consumo de cannabis. Sigue habiendo discrepancia de opiniones en cuanto al posible papel causal del cannabis en esta asociación: ¿se trata realmente de un facilitador o bien comparte factores comunes con el consumo de otras sustancias de abuso?

El consumo de cannabis durante períodos de abstinencia de otras drogas tras una desintoxicación debe ser tenido en cuenta como riesgo de recaída. Estos resultados pueden cambiar las perspectivas en los programas de reducción de daños en los que el consumo de cannabis es aceptable y se prima la abstinencia del tóxico principal. Sin embargo, se requieren más estudios de seguimiento en este sentido, sobre todo en pacientes con trastorno por dependencia del alcohol. En cambio, no parece haber relación en sujetos con trastorno por dependencia de opiáceos incluidos en terapias con agonistas, ya sea en metadona o buprenorfina. Este hecho puede estar relacionado con la propia terapia de mantenimiento con agonistas y su efecto sobre las vías

dopaminérgicas mesolímbicas incluidas en el circuito de la recompensa. Las recomendaciones sobre el consumo de cannabis en pacientes en mantenimiento con metadona no se relacionarán tanto con el pronóstico y la respuesta al tratamiento de mantenimiento sino con los efectos directos que tiene el propio cannabis sobre la salud, como desarrollo de enfermedades respiratorias, trastornos psiquiátricos (alteración del estado de ánimo y psicosis) o deterioro cognitivo (Hall y Solowij, 1998).

4. CONCLUSIONES

Los principios activos del cannabis actúan a través de un sistema de señalización endógeno implicado en el desarrollo y la plasticidad cerebral. Su estimulación crónica puede no sólo inducir dependencia/adicción, sino también derivar en consecuencias neurobiológicas que tienen repercusión clínica. Estas consecuencias son más graves si el consumo se realiza en la adolescencia. Su impacto principal es el incremento en la aparición de enfermedad mental (psicosis y trastornos del estado de ánimo), así como alteraciones en los procesos cognitivos (memoria, atención, toma de decisiones, asunción de riesgos, control de impulsos). Algunos de estos efectos son permanentes y suponen un desafío para los sistemas sanitarios dada la elevada prevalencia del consumo de cannabis en nuestro entorno.

Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de opiáceos

6

CÉSAR PEREIRO GÓMEZ
ADRIÁN PEREIRO GARCÍA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El uso de opiáceos en la historia: alivio y plaga a la vez

A lo largo de la historia los opiáceos han figurado entre los medicamentos más importantes pero, al mismo tiempo, son el clásico ejemplo de una sustancia adictiva que impone a la sociedad un devastador tributo. Thomas Sydenham, importante referencia en la historia de la medicina, comentó: «no puedo dejar de mencionar con gratitud la bondad del Ser Supremo que ha proporcionado a la humanidad el alivio de los opiáceos». El opio, que se extrae de la adormidera, se ha usado por sus efectos psicoactivos probablemente desde hace más tiempo que cualquier otra sustancia salvo el alcohol. En la antigua Sumeria ya se hallaron escritos sobre su uso cuya antigüedad se remonta a más de 4.000 años antes de Jesucristo. Está bien documentado el uso que los griegos hicieron también del opio con fines medicinales o hedónicos, y su importancia en la cultura romana está abundantemente descrita (Snyder, 1992).

La comprensión científica de las acciones químicas de los opiáceos se inicia con el aislamiento de la morfina por parte del alemán Serturmer en 1805. Una importante transformación en el uso de esta droga vino determinada por el descubrimiento de la jeringuilla hipodérmica por Alexander Wood en 1853. El poder analgésico de la morfina se extendió de forma rápida, pero simul-

táneamente también lo hizo el uso inadecuado de este maravilloso fármaco obtenido del opio. En todo caso, la plaga que en nuestra historia constituye la adicción a los opiáceos vino de la mano de la heroína, sustancia obtenida por una sencilla transformación química de la morfina (basta con añadirle dos grupos acetilo) que permite aumentar la capacidad de la sustancia para disolverse en los lípidos cerebrales y producir un efecto más rápido e intenso, lamentablemente aumentando también su capacidad adictiva. La casa farmacéutica Bayer comercializó la heroína como remedio para la tos, paradójicamente por su baja capacidad adictiva que contraponía al más elevado de la codeína. Lo cierto es que los médicos tardaron más de 25 años en detectar el fuerte potencial adictivo de la droga, y a ello contribuyó que el uso inicialmente oral pasase a ser inyectado. En 1920 se prohibió en Estados Unidos la importación, producción y venta de heroína tras demostrarse su elevada capacidad adictiva y poco después quien lo hizo fue la Sociedad de Naciones, con lo que la prohibición se extendió a un gran número de países (Álvarez y Farré, 2001).

1.2. El consumo de opiáceos: historia de una gran epidemia

A menudo una droga parece ser más adictiva en una sociedad o período determinados que en otros, y el abuso tiende a darse y percibirse en

forma de epidemias o ciclos, con claros ascensos y descensos, y no de forma gradual o constante, algo que tiene obvias razones demográficas, culturales y hasta económicas (Peele, 1985).

Cuando se produce una transformación radical en la forma en que ciertas drogas psicoactivas son usadas, distribuidas y percibidas en una sociedad determinada, algunos autores denominan a ese fenómeno «crisis de drogas» (Gamella, 1998). La crisis vendría definida en síntesis por cuatro hechos:

- a) La rápida expansión del consumo de ciertas drogas previamente desconocidas o minoritarias.
- b) La generación de una intensa alarma social por esos consumos y sus consecuencias que, a menudo, supera el nivel de los pánicos morales analizados por algunos autores.
- c) El crecimiento de una nueva economía más o menos informal o ilegal dedicada a la producción y distribución de drogas, que genera un salto en la disponibilidad de las nuevas sustancias.
- d) El desarrollo de un problema de salud pública derivado de un daño sanitario masivo y cuantificable, que en las sociedades desarrolladas puede generar una crisis sanitaria.

No todos los ciclos de aumento de consumo de nuevas drogas generan crisis tal y como se definieron anteriormente, incluso en los casos en que aparece una intensa alarma social. A menudo, la alarma no corresponde con un verdadero problema de salud colectivo y perceptible, y a veces la institucionalización no se consolida. Sin embargo, la historia moderna ofrece varios ejemplos de crisis de drogas; la del opio en China, de 1799 a 1949, sería una de las más conocidas. Otro claro ejemplo de crisis lo fue la expansión del consumo de heroína en Europa entre 1978 y 1992. Quizá la verdadera crisis de la drogodependencia comenzó en Estados Unidos en la década de los años sesenta y se extendió rápidamente por todo

el mundo occidental, relacionada en muchos casos con movimientos de reivindicación social. El papel de la guerra de Vietnam en la penetración de las drogas en la sociedad norteamericana ha sido descrito en numerosas ocasiones. En esta época el consumo principal era la heroína y otras sustancias ilegales que luego cayeron en desuso, si bien en muchos países el consumo de opiáceos por vía intravenosa no fue una realidad hasta los años setenta-ochenta. Con cierto retraso en el tiempo, el fenómeno de la expansión del consumo de drogas se extendió al continente europeo. Quizá fuese Gran Bretaña el primer país europeo en registrar un incremento significativo en el uso de sustancias psicoactivas. En este país, en el que tradicionalmente la adicción fue considerada una enfermedad, la década de los sesenta supone un grave problema por la generalización del consumo de opiáceos, pero también otras drogas como el cannabis o las anfetaminas, entre un amplio grupo de la población, especialmente los jóvenes. La década de los setenta fue sin duda el período en el que el problema de las drogas y la expansión en el consumo afectaron de manera simultánea y en mayor o menor medida a distintos países europeos, pero sobre todo será el período que vendrá definido por nuevas formas de uso, con especial referencia a la vía endovenosa.

En España la evolución del consumo de drogas comienza a finales de la década de los sesenta (Comas, 1985; González, 1985), circunscribiéndose el consumo de opiáceos a un grupo concreto de morfinómanos que habían sido convertidos en dependientes de forma iatrogénica. A principios de los setenta no aumenta considerablemente el número de consumidores, a pesar de que sí se incrementan, tanto el número de aprehensiones de alijos como el de las detenciones por motivos relacionados con el consumo de estupefacientes.

Los datos existentes apoyan la tesis de que antes de 1976 el consumo y comercio de heroína eran casi desconocidos en España (Gamella, 1998), aunque había morfinómanos iatrogénicos de edades y características distintas a las de los futuros heroinómanos callejeros. Mientras que en los años setenta, los consumidores de heroína en

España podían contarse aún por centenares, en 1982 había ya en España decenas de miles de jóvenes que habían aprendido a inyectarse opiáceos conseguidos en un creciente mercado negro. Hablamos de opiáceos, y no sólo de heroína, porque muchos futuros heroinómanos se iniciaron en la práctica endovenosa usando otras sustancias, a menudo obtenidas en farmacias (Gamella, 1995).

La expansión de la heroinomanía en España tuvo su primera fase a finales de los años setenta, cuando los primeros «yonquis» se hicieron visibles y la atención pública se concentró por primera vez en el uso local de esa droga. La expansión alcanzó niveles epidémicos en la segunda fase, entre 1979 y 1982, para llegar a su cenit a mediados de los años ochenta. Desde 1987 la crisis entró en una nueva fase, disminuyendo el número de nuevos usuarios, mientras crecían la morbilidad y mortalidad de los heroinómanos a consecuencia en gran medida de otra gran epidemia en clara expansión, la del sida, fenómeno este que sin duda contribuyó a la transformación del consumo de manera que a partir de entonces se generalizó la heroína fumada, forma de administración que los usuarios percibían como menos peligrosa que el uso parenteral. En los últimos años, y ya desde los primeros años de la década de los noventa, la crisis ha perdido su agudeza y se ha convertido en endémica: hay menos nuevos heroinómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida y circunscrita a ciertos entornos. A la vez, se están redescubriendo los problemas asociados a otras drogas, como el alcohol o la cocaína, y el policonsumo se instaura como problema habitual en los centros especializados de tratamiento.

Es necesario insistir en que todavía hoy, después de miles de años, no se dispone de sustancias que superen a la morfina y sus derivados en su capacidad para aliviar el dolor físico. Millones de pacientes hospitalizados han recibido opiáceos e incluso han dependido de ellos durante su estancia hospitalaria pero, una vez dados de alta, raramente intentan consumir de nuevo opiáceos por su cuenta; así pues, tal como afirma Avram Goldstein (2003), la adicción de origen médico es

prácticamente un mito y no está justificada la resistencia de muchos profesionales a utilizar opiáceos en dosis suficientes para calmar el dolor de sus pacientes por temor a que se hagan adictos. Este proceder es mucho más reprochable si se trata de enfermos de cáncer o pacientes terminales.

2. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DE LOS OPIÁCEOS

El opio o jugo extraído de la adormidera *Papaver somniferum* es uno de los agentes con actividad farmacológica más antiguo conocido por los humanos y está compuesto por una mezcla de azúcares, proteínas, grasas, gomas, ácido láctico y sulfúrico y por numerosos compuestos con más de 20 alcaloides activos diferentes. Cuando Serturner consiguió aislar por primera vez una muestra cristalina del principal constituyente alcaloide del opio, la denominó morfina para señalar su poder sedante y en honor al dios del sueño Morfeo. Una vez aislada la morfina, prosiguió el descubrimiento de otros alcaloides presentes en el opio, como fue el caso de la codeína detectada por Robiquet en 1832, o de la *papaverina*, aislada por Merck en 1848. A pesar de la gran cantidad de compuestos de naturaleza opiácea que han sido sintetizados, no ha sido aún posible obtener fármacos que presenten un grado menor de efectos indeseables conservando las principales propiedades terapéuticas. Así pues, la morfina sigue siendo en la actualidad uno de los opiáceos más utilizados en aquellos casos en los que se pretende obtener una respuesta analgésica de gran intensidad.

La investigación farmacológica realizada en los últimos años ha conseguido desarrollar un gran conocimiento sobre los opiáceos y sobre sus propiedades farmacológicas. Simultáneamente, esto ha permitido grandes avances sobre las conductas adictivas en general y los mecanismos neurobiológicos subyacentes a las mismas.

Los opiáceos constituyen un grupo de fármacos que se caracterizan por poseer afinidad selectiva por los receptores opioides. Como conse-

cuencia de la activación de estos receptores, inducen analgesia de elevada intensidad, producida principalmente en el SNC, así como otros efectos subjetivos que tienden a favorecer la instauración de una conducta de autoadministración denominada farmacodependencia. Se suelen utilizar de forma indistinta los términos «opiáceo» y «opioides». Sin embargo, en sentido estricto, el término «opiáceo» se emplea para designar a los fármacos derivados del opio, incluyendo la morfina, la codeína y una amplia variedad de congéneres semisintéticos derivados de ellos y de la tebaína, otro componente del opio. Por otro lado, el término «opioides», más inclusivo, engloba todos los agonistas y antagonistas con actividad tipo morfina, así como los péptidos opioides sintéticos (Gutstein y Akil, 2001).

2.1. Receptores opioides y opioides endógenos

Los opiáceos producen sus acciones biológicas gracias a la fijación de una manera reversible y selectiva a unos receptores de membrana que se encuentran localizados predominantemente en el sistema nervioso. En el cerebro están presentes especialmente en áreas como la materia gris periacueductal y a lo largo de la médula espinal, y, en la periferia, por ejemplo, en los plexos mientéricos digestivos y articulaciones.

A principios de los años setenta, grupos de investigación de las universidades de Baltimore, Nueva York y Uppsala descubrieron casi simultáneamente la existencia de receptores opioides (Pert y Snyder, 1973; Simon, Hiller y Edelman, 1973; Terenius, 1973). Los receptores mu, delta, kappa y nociceptina son los admitidos actualmente tras descartar que el receptor sigma pueda considerarse también un receptor opioide. Tras la descripción de los receptores opioides y casi de manera inmediata, se describieron los péptidos opioides endógenos (Snyder, 2003). Actualmente se conocen tres precursores que dan lugar a tres familias diferentes de péptidos opioides: la proopiomelanocortina (Nakanaski et al., 1979), la proencefalina

A (Comb et al., 1982; Noda et al., 1982) y la proencefalina B o prodinorfina (Kakidani et al., 1982). La betaendorfina es el principal péptido derivado de la proopiomelanocortina, que tiene una buena afinidad por los receptores opioides mu (Khachaturian et al., 1985). Las encefalinas (met y leuencefalinas) son los principales derivados de la proencefalina A y activan preferencialmente los receptores opioides delta (Rossier et al., 1977). Los derivados de la prodinorfina son principalmente las dinorfinas y neoendorfinas, con afinidades preferenciales por los receptores opioides kappa, y la leuencefalina (esta última con afinidad especial por los receptores delta).

El sistema opioide endógeno tiene diversas funciones fisiológicas, incluyendo la regulación del dolor, la modulación de las funciones gastrointestinales, endocrinas y autonómicas, el aprendizaje y la memoria. Tiene un papel muy relevante en el circuito cerebral de recompensa y la adicción. Los receptores opioides representan el sustrato neurobiológico común que media las propiedades reforzadoras de la mayoría de las drogas de abuso, así como la dependencia física. Los opioides liberan dopamina en el núcleo accumbens, un fenómeno común de todas las drogas de abuso, principalmente mediante la inhibición de las interneuronas GABA del área tegmental ventral (Schumacher et al., 2004).

Hoy conocemos bien que los opioides pueden actuar como agonistas, agonistas parciales o antagonistas en uno o varios de los receptores opioides (cuadro 6.1).

CUADRO 6.1
Clasificación de los opiodes según su afinidad y eficacia

Agonistas	Agonistas-antagonistas	Agonistas parciales	Antagonistas
Morfina Heroína Peptidina Metadona Fentanilo	Pentazocina Butornafol Nalorfina	Buprenorfina	Naltrexona Naloxona

Los agonistas puros tienen afinidad fundamentalmente por el receptor μ , con elevada eficacia. Los agonistas-antagonistas mixtos actúan como agonistas en un receptor (κ) y como agonistas parciales o incluso antagonistas en otro (μ). Cuando se administran junto a un agonista μ puro, pueden antagonizar sus efectos y reducir o suprimir su efecto analgésico. En sujetos dependientes de opiáceos agonistas como la heroína pueden provocar síndrome de abstinencia. Los agonistas parciales actúan sobre receptores μ con eficacia inferior a la de los agonistas puros. Son analgésicos cuando se administran solos, pero antagonizan los efectos de un agonista puro. Los antagonistas puros poseen afinidad por los receptores pero no presentan eficacia. Impiden o revierten la acción de los agonistas y carecen de efectos analgésicos.

2.2. Efectos farmacológicos de los opiáceos agonistas

Morfina y metadona o heroína forman parte de este grupo. Dos efectos o propiedades farmacológicas son especialmente relevantes desde el punto de vista clínico: la primera de ellas es su capacidad para producir tolerancia farmacológica, y la segunda, la posibilidad de producir dependencia. En ambos casos la administración reiterada será una condición que propiciará el efecto descrito.

Habitualmente se suelen clasificar los efectos de los opiáceos según se produzcan a nivel central o periférico. Entre los primeros están su capacidad para producir euforia, sedación, analgesia, miosis, supresión del reflejo de la tos, depresión respiratoria, náuseas y vómitos y otros efectos neuroendocrinos (Álvarez, 2005).

El efecto eufórico ha sido descrito como una sensación de intenso placer o bienestar, de mayor intensidad para la administración intravenosa, y sin duda es lo que condiciona en gran medida la capacidad adictiva de este tipo de sustancias. El efecto analgésico tiene gran importancia, como ya se ha comentado anteriormente, y de él deri-

van sus principales propiedades terapéuticas, aunque en algunos casos también posibilita la existencia de dependencias iatrogénicas. Está bien descrito que los opiáceos actúan de forma dosis-dependiente sobre los distintos componentes del dolor (sensorial y afectivo).

Los efectos a nivel respiratorio, como la supresión de la tos, son interesantes desde el punto de vista terapéutico (debemos recordar de todas formas que la tos elimina secreciones y su inhibición en ocasiones no será deseable), pero también peligrosos en cuanto que pueden llegar a producir parada respiratoria y apnea, mecanismo que puede provocar la muerte en casos de sobredosis o reacción aguda. También en este caso los efectos son dosisdependientes.

La miosis o contracción de la pupila es un efecto típico de los opiáceos. Desde el punto de vista clínico, es un signo interesante, ya que nos permite observar el uso reciente de opiáceos, aunque en casos de sobredosis e hipoxia grave podremos detectar midriasis. Algunos opiáceos como la peptidina no producen miosis por sus efectos antimuscarínicos.

Los efectos gastrointestinales (ya sean de origen central o periférico) tienen importancia clínica; así el estreñimiento será un efecto habitual relatado tanto por los enfermos a los que se administra opiáceos para la analgesia como por los que están incluidos en programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos para el tratamiento de su adicción.

Hipotensión o bradicardia son efectos periféricos a nivel cardiovascular que pueden observarse con el uso de opiáceos, aunque de nuevo la peptidina podría mostrar un efecto contrario con taquicardia por su acción antimuscarínica.

Desde el punto de vista clínico también puede ser relevante como efecto farmacológico la dificultad para la micción o retención urinaria relacionada con los efectos de los opiáceos, aumentando el tono esfinteriano a nivel vesical. Está descrito que la administración crónica de opiáceos puede tener cierto efecto inmunosupresor no deseable.

La tolerancia farmacológica, efecto clave para el desarrollo del proceso adictivo de cualquier

droga, se manifiesta por una disminución en la intensidad de la respuesta o por el acortamiento en la duración de la acción, lo que obliga a aumentar la dosis o a su administración a intervalos menores. En general, se desarrolla con relativa rapidez para las acciones depresoras, como analgesia, depresión respiratoria, euforia, sedación e hipotensión, y mucho menos para la miosis y la acción gastrointestinal.

La administración repetida de opioides puede producir dependencia, que consiste en una falta de control frente a la sustancia, su uso compulsivo y una conducta de búsqueda de la droga que suele derivar en la presencia de multitud de problemas médicos y sociales, tanto para los consumidores como para su entorno. De este modo, la supresión del consumo continuado de opioides, una reducción brusca e importante de las dosis consumidas o la administración de un antagonista precipitan aparición de un conjunto de signos y síntomas de distinta intensidad y gravedad en función del grado de dependencia física, conocido como síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO). En el síndrome de abstinencia hay que tener en cuenta el tipo de opiáceo y su vida media, ya que cuanto antes comienza la abstinencia, menos dura ésta, si bien es más intensa. La peptidina es el de más rápida aparición (pocas horas), seguido de la heroína (ocho horas), la metadona (48 horas) y la buprenorfina (hasta dos semanas). En el caso de la heroína, opioide de uso más extendido en nuestro medio, el síndrome de abstinencia presenta una graduación creciente en la que se van sucediendo determinados signos/síntomas, tanto en cantidad como en intensidad, a medida que pasan las horas. Suele comenzar entre ocho y diez horas tras la última dosis y llega a su máximo en 36-72 horas, tiempo en el que pueden observarse síntomas como: calambres musculares, rinorrea, lagrimeos, bostezos, dilatación pupilar, taquicardia, hiper o hipotermia e hipertensión, todo ello acompañado de ansiedad y deseo más o menos compulsivo de consumir de nuevo. Las complicaciones graves y el riesgo vital son escasos, salvo en abstinencias agudas inducidas por antagonistas, si no son tratadas (Fernández y

Pereiro, 2007). La sintomatología de abstinencia se ha relacionado con una hiperactividad noradrenérgica de rebote en el locus coeruleus (Atance, 2001) y puede atenuarse administrando agonistas de los receptores alfa-2-adrenérgicos como la clonidina o bien agonistas opioides para los que existe tolerancia cruzada.

Aunque no están totalmente esclarecidos, se han descrito los mecanismos neurobiológicos para la tolerancia y la dependencia física de opioides. Los estudios recientes han permitido un notable avance en el conocimiento del sustrato biológico responsable de los efectos reforzantes y aversivos de las drogas de abuso, proporcionando una información importante sobre la existencia de múltiples mecanismos neuroquímicos, moleculares y neuroanatómicos comunes a la adicción a distintos tipos de drogas, incluidos los opiáceos. La dependencia física de opioides se origina como consecuencia de una serie de cambios adaptativos que se producen tanto a nivel del propio sistema opioide endógeno como sobre otros sistemas neuroquímicos diferentes, entre los que podríamos destacar el sistema noradrenérgico, que regulan de una manera heteróloga estos procesos de dependencia física. Por otra parte, el sistema mesolímbico ha sido identificado como el sustrato neurobiológico común para los efectos reforzantes inducidos por todas las drogas de abuso, incluidos los opioides. Dos sistemas de neurotransmisión, el dopaminérgico y el opioide, desempeñan un papel predominante en estos circuitos para mediar los efectos reforzantes de los opioides. El sistema dopaminérgico mesolímbico y los circuitos cerebrales que controlan las respuestas al estrés también participan en las manifestaciones motivacionales negativas de la abstinencia de opioides. Finalmente, los opioides, al igual que otras drogas de abuso, producen cambios adaptativos a largo plazo en el cerebro que no sólo contribuyen a la consolidación del proceso adictivo, sino que parecen participar en la mayor vulnerabilidad para la recaída después de un período prolongado de abstinencia. Estos cambios incluyen modificaciones en la expresión génica de las neuronas que podrían explicar las alteraciones comportamentales persis-

tentes producidas por el consumo de opioides (Valverde y Maldonado, 2003).

2.3. Efectos farmacológicos de los opioides agonistas-antagonistas

Son opioides que tienen una elevada eficacia sobre los receptores kappa, pero escasa o nula sobre los mu, en los que actúan como agonistas parciales o como antagonistas. Por ello, ejercen menor depresión respiratoria y menos efectos sobre la motilidad gastrointestinal, pero presentan un techo analgésico que limita su eficacia terapéutica. La activación a nivel de los receptores kappa produce disforia con sensación de cansancio, somnolencia, desorientación, embriaguez, mareo y vértigo, nerviosismo y ansiedad. Cuando se administran a dosis algo mayores, pueden aparecer pseudoalucinaciones (efectos psicomiméticos). Pueden inducir un síndrome de abstinencia en enfermos que reciban crónicamente agonistas mu puros, al actuar como antagonistas. Aunque están descritos casos de adicción para estos opioides, las posibilidades de que esto suceda son mucho menores (Flórez, 2003).

2.4. Efectos farmacológicos de los agonistas parciales

El fármaco más característico es la buprenorfina, que es 25 veces más potente que la morfina. La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opioides mu, sobre los que presenta una alta afinidad. Igualmente, la buprenorfina presenta propiedades como antagonista de los receptores opioides kappa, por lo que en ocasiones se la clasifica como un fármaco opiáceo agonista/antagonista mixto. La afinidad sobre el receptor kappa no tiene interés clínico para su utilización en la dependencia a opiáceos y tampoco está claro su interés en su utilización clínica como analgésico. La buprenorfina presenta también afinidad por el receptor ORL-1 (opioide receptor like-1), cuyo ligando endógeno es la nociceptina

u orfanina Q/N. Las propiedades de la buprenorfina como agonista parcial de los receptores opioides mu son las responsables de su eficacia en el tratamiento de la dependencia de opiáceos e indican que este fármaco posee una eficacia inferior a la de opiáceos agonistas completos tales como morfina o metadona. Ello implica la presencia de un efecto techo más precoz para la buprenorfina. El efecto techo ofrece un límite de dosis para las acciones farmacológicas, y se sabe que por encima de 24 mg sublinguales de buprenorfina en comprimidos no se incrementan los efectos subjetivos (sedación, euforia, deseo de droga) ni objetivos (disminución de la frecuencia respiratoria) típicos de los opiáceos. Se ha calculado que la magnitud del efecto farmacológico en el tratamiento de la dependencia de opiáceos inducido por las dosis más altas de buprenorfina es comparable al de 60 mg de metadona por vía oral o 30 mg de morfina por vía parenteral. Es decir, a estas dosis de buprenorfina existe suficiente actividad agonista opioide y, como consecuencia, el potencial de abuso y de dependencia de la buprenorfina es evidente. Sin embargo, el efecto techo determina una mayor seguridad de buprenorfina frente a efectos adversos, como la capacidad para inducir depresión respiratoria. Igualmente, la tolerancia y el síndrome de abstinencia por retirada de buprenorfina serán de menor intensidad, entre otros factores porque el techo de efecto es menor al de opiáceos agonistas completos como morfina o metadona. Como consecuencia de las propiedades de agonista parcial sobre los receptores opioides mu, en sujetos no adictos a opiáceos, la buprenorfina presentará efectos farmacológicos prototípicos de opiáceos. Por el contrario, en sujetos adictos a opiáceos bajo los efectos de estos fármacos, la buprenorfina puede inducir signos y síntomas de abstinencia, comportándose como un antagonista competitivo. Este fenómeno se denomina «bloqueo opioide» y, en ocasiones, «tolerancia cruzada». La intensidad del síndrome de abstinencia inducido por buprenorfina en adictos bajo los efectos de opiáceos vendrá determinada por diversos factores, como son la dosis de buprenorfina utilizada, las dosis de manteni-

miento del opiáceo consumido de base, la semivida plasmática de éste y el tiempo transcurrido desde la última dosis (Meana, 2010).

2.5. Efectos farmacológicos de los antagonistas puros

Los fármacos más conocidos son la naloxona y la naltrexona. Son antagonistas de los tres tipos de receptores. Bloquean la acción tanto de los opiodes endógenos como de los exógenos. Revierten los efectos de los agonistas y de los agonistas-antagonistas.

Por estos efectos bloqueantes sobre los receptores, la naloxona se puede usar en caso de intoxicación o sobredosis, pero también asociada a buprenorfina en una presentación en comprimidos sublinguales con el objetivo de evitar la administración intravenosa del fármaco en sujetos que están incluidos en programas de mantenimiento con sustitutivos.

La utilidad de los antagonistas opiáceos en el tratamiento de la dependencia a estas sustancias fue sugerida en 1948, basándose en las teorías conductuales sobre el origen y el mantenimiento de la adicción. Según estas teorías, los fármacos con propiedades antagonistas bloquearían la euforia que sigue a la administración de opiáceos (refuerzo positivo) e impedirían la reanudación de la dependencia física y, por tanto, la aparición del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo). El bloqueo de los refuerzos positivos y negativos conduciría a la extinción de la conducta repetitiva de autoadministración de las drogas. Tras los primeros antagonistas estudiados (nalorfina, ciclazocina naloxona), se sintetizó la naltrexona en 1963 cumpliendo los requerimientos de un antagonista potente y activo por vía oral. Su uso clínico para la dependencia de opiáceos fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1984, y en España, en 1989.

La naltrexona se utiliza para bloquear los efectos de los opioides tras la desintoxicación en adictos a opiáceos, pero también en el tratamiento del alcoholismo. Es un antagonista opioide

con nula actividad agonista. Su principal metabolito, el 6-beta-naltrexol, también posee propiedades antagonistas. Sus efectos derivan de un mecanismo competitivo con los receptores opioides del SNC. Presenta para esto último una alta afinidad que supera 150 veces a la morfina. Al administrarse a dosis habituales, en sujetos no consumidores de opiáceos, no se observan apenas efectos farmacológicos. En adictos, la naltrexona produce un bloqueo completo, reversible, de los efectos farmacológicos de los opioides anulando la mayoría de sus efectos objetivos y subjetivos, que incluyen la depresión respiratoria, la miosis y la euforia (Fernández y Pereiro, 2007).

2.6. Otras características farmacológicas

Además de las principales características farmacodinámicas, anteriormente comentadas, los opioides tienen unas características farmacocinéticas de especial importancia, ya sea para entender su capacidad adictiva o sus propiedades a la hora de ser utilizados en la terapéutica del dolor o para el tratamiento sustitutivo en adicciones. En el cuadro 6.2 se describen algunas de éstas para los fármacos más usados en el tratamiento de las adicciones comparadas con las de la morfina, uno de los opioides al que siempre se hace referencia como patrón en los tratamientos del dolor.

Existen preparados para uso parenteral (intravenoso, subcutáneo, intramuscular) de muchos de ellos, aunque esta vía intenta evitarse en el tratamiento de las adicciones por razones obvias. La mayoría de opioides se absorben bien en la mucosa bucal (buprenorfina) y la piel (buprenorfina, en este caso por medio de parches para el tratamiento analgésico). La heroína se administra por vía parenteral (fundamentalmente intravenosa, pero también subcutánea e intramuscular), intrapulmonar fumada o inhalada («chino») e intranasal (esnifada). El metabolismo de primer paso condiciona una baja biodisponibilidad para la mayoría de los opioides por vía oral. Por vía oral, la mayoría presenta una baja biodisponibilidad (<50 por 100) debido al metabolismo de primer paso

CUADRO 6.2
Características farmacocinéticas de los opiodes

Opioide	Biodisponibilidad oral	Vida media	Dosis equivalente oral	Dosis equivalente i.m.
Morfina	25	2-3	10	30-60
Heroína	25	0,1	5	20
Metadona	90	15-47	10	20
Buprenorfina	50	3-5	0,3	0,8

hepático (la absorción por vía intestinal lleva, a través de la vena porta, los fármacos absorbidos hasta el hígado antes de llegar a la circulación sistémica. Si la capacidad metabólica de las enzimas presentes en la pared intestinal y en el hígado es elevada para el fármaco en cuestión, posiblemente sólo una pequeña fracción de la administrada llegará al sistema cava y de ahí, tras pasar por los pulmones, a la circulación sistémica).

La metadona se absorbe bien por vía oral, sufre biotransformación hepática y se puede detectar en el plasma 30 minutos después de su ingestión, alcanzando concentraciones máximas entre dos y cuatro horas. Se va a detectar en cantidades apreciables en plasma diez minutos después de su inyección vía subcutánea. Alcanza en el plasma una concentración de estado estacionario, cuyo mantenimiento se debe a su entrada en los tejidos, especialmente en el cerebro, el hígado, el pulmón, el bazo y el riñón, que la devuelven posteriormente a la circulación sanguínea y a su unión (90 por 100) a las proteínas plasmáticas, que limitan su concentración libre y prolongan sus acciones farmacológicas en los pacientes que reciben una dosis diaria de mantenimiento. Las concentraciones encefálicas máximas aparecen una o dos horas después de su administración por vía subcutánea o intramuscular, lo que tiene una buena correlación entre la intensidad y la duración de los efectos analgésicos. La vida media plasmática de la metadona tras su administración crónica es de 15 a 47 horas, con una media de 25 horas. Cuando se deja de administrar, su presencia continúa durante algún tiempo en la sangre, por su liberación lenta de estos lu-

gares de unión extravascular, lo que explica las características de la abstinencia. Al ser captada por el hígado, mediante la actuación de enzimas microsomales hepáticas, por N-demetilación seguida de ciclación, da lugar a los principales metabolitos, los derivados de la pirrolidona y de pirrolina (2-etileno-1,5 dimetil-3-3-difenil pirrolidina o EDDP y 2-etil-5-5-metil-3-3-difenil pirrolina o EMDP). La cantidad de metadona inalterada excretada por la orina es pH-dependiente: aumenta cuando ésta es acidificada, ya que es una base débil y puede llegar a un 34 por 100. Diferentes estudios han mostrado que transformando un pH muy ácido en un pH muy alcalino la vida media de la metadona puede pasar de menos de 18 horas a más de 40 horas. Es precisamente la larga vida de la metadona lo que aconseja el uso de este fármaco en el tratamiento de sustitución, ya que permite una sola administración diaria. Para el tratamiento de mantenimiento se suelen utilizar preparaciones para ingestión oral en forma líquida (solución o jarabe) o sólida (comprimidos o cápsulas) (Fernández y Pereiro, 2007).

La excreción de los opiodes, fundamentalmente por la orina, permite la realización de urinoanálisis para verificar su consumo, ya sea por propia iniciativa o por indicación terapéutica. Así, la presencia de morfina en orina en concentraciones superiores a 300 ng/ml se considera positiva e indicativa del consumo reciente de heroína o morfina. Tras la administración de un opioide, la orina puede presentar concentraciones por encima del umbral de positividad durante unos tres o cuatro días.

La heroína (diacetilmorfina, diamorfina), durante su metabolización, se transforma en morfina-6-glucurónido, teniendo esta última una semivida de eliminación mayor que le confiere también mayor acción analgésica que la morfina. Tiene una mayor liposolubilidad que la morfina, por lo que si se administra la heroína por vía parenteral puede llegar antes al cerebro y alcanzar allí mayores concentraciones. La biodisponibilidad de la heroína, medida por las concentraciones de morfina, es del 80 por 100 por vía intranasal; cuando es fumada, del 89 por 100; en caso de inhalación calentándola en papel de plata, uso habitual por vía inhalatoria (fumar un chino), del 45 por 100 31, y por vía oral, del 20-50 por 100.

La buprenorfina, el segundo fármaco más utilizado en programas de sustitución coopioides, presenta por vía oral una escasa biodisponibilidad secundaria al importante fenómeno de primer paso producido en el hígado y en la mucosa intestinal. Sin embargo, por vía sublingual, la biodisponibilidad se mueve en valores del 30 por 100 al 55 por 100 al evitar el metabolismo de primer paso. La semivida plasmática global de buprenorfina se estima para la vía sublingual entre 32 y 37 horas. Esta semivida plasmática es la suma de varios factores, como son:

- a) El aclaramiento hepático y renal.
- b) El secuestro en tejido adiposo.
- c) La existencia de un reservorio en la mucosa oral.
- d) La circulación enterohepática del fármaco.

Los efectos farmacológicos de buprenorfina persisten hasta 12 horas con dosis bajas (menores de 4 mg) y se prolongan hasta 48-72 horas con dosis más elevadas (16 mg o más), permitiendo la administración de dosis unitarias diarias e incluso en días alternos. La buprenorfina se metaboliza parcialmente en las paredes intestinales y en el hígado en dos pasos. Inicialmente sufre una N-desalquilación (fase I) anorbuprenorfina y posteriormente sufre una glucoronoconjugación (fase

II). La norbuprenorfina es un metabolito activo que presenta un 20 por 100 de la actividad de buprenorfina. Aunque su eliminación es más lenta que la de buprenorfina, no parece desempeñar un papel importante en el tratamiento de la dependencia. El sistema enzimático de fase I encargado del metabolismo intestinal y hepático de la buprenorfina es el isoenzima del citocromo P450 denominado CYP3A4. Este sistema metabólico es susceptible de inhibición y de inducción por diferentes fármacos y otras sustancias. El CYP3A4 no presenta polimorfismos genéticos que determinen fenotipos clínicos de metabolizadores lentos o rápidos, algo que sí se puede observar para la metadona. Esto significa que el metabolismo de la buprenorfina no se ve afectado por la existencia de variabilidad farmacogenética interindividual o interétnica. La eliminación de buprenorfina y norbuprenorfina se realiza hasta en un 30 por 100 por orina en las formas glucoronoconjugadas, siendo el restante 70 por 100 eliminado por heces. Es probable que las formas glucoronoconjugadas sufran circulación enterohepática por hidrólisis a cargo de la flora intestinal tras la eliminación del fármaco conjugado por vía biliar. La presencia de buprenorfina y norbuprenorfina en orina no establece reacciones cruzadas con otros opiáceos, por lo que no enmascara ni contamina las determinaciones toxicológicas destinadas a controlar su uso indebido (Meana, 2010).

3. EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD

Según la última memoria de la Oficina sobre la Droga y el Crimen de Naciones Unidas (UNODC, 2011), en general, el consumo mundial de opioides permaneció estable en el último período analizado y se calcula que entre 12 y 21 millones de personas en todo el mundo consumieron opiáceos, y de ellas, unas tres cuartas partes consumieron heroína. Europa y Asia siguen siendo los principales mercados de consumo y se abastecen sobre todo del opio afgano.

En los últimos años el consumo con fines no médicos de varios opioides de venta con receta se ha convertido en un problema cada vez mayor en algunas zonas del mundo, especialmente en América del Norte. Actualmente en Estados Unidos muchas visitas a los servicios de urgencias están relacionadas con el consumo de opioides de venta con receta, y esa clase de drogas es también la responsable del porcentaje cada vez mayor de personas ingresadas para recibir tratamiento en ese país.

El 63 por 100 de la superficie mundial dedicada al cultivo de adormidera se encuentra en Afganistán. En 2010 el cultivo de adormidera permaneció estable en ese país, pero aumentó en Myanmar, con lo que la tendencia mundial aumentó en un 5 por 100. El rendimiento del opio también va en ascenso en Myanmar, y por ello la producción potencial de opio de ese país ha aumentado en un 75 por 100 aproximadamente.

Se calcula que en 2009, el último año del que se tienen datos disponibles, se movieron entre 460 y 480 toneladas de heroína en todo el mundo (incluida la incautada), de las cuales 375 llegaron a los consumidores. El mercado mundial de opiáceos de 2009 se valoró en 68.000 millones de dólares de Estados Unidos. De esa cifra, correspondieron a los consumidores de heroína 61.000 millones de dólares. Los precios de la heroína varían enormemente. Aunque en Afganistán los precios aumentaron en 2010, un gramo costaba menos de 4 dólares. En Europa occidental y central los consumidores pagaban entre 40 y 100 dólares por gramo; en Estados Unidos y Europa septentrional, entre 170 y 200 dólares.

Según los últimos datos publicados por el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías, en Europa (OEDT, 2011) el consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, se ha asociado estrechamente a problemas sanitarios y sociales desde la década de los setenta en línea con lo que antes se comentó. En la actualidad, sigue siendo la causa de la mayor tasa de morbilidad y mortalidad relacionada con el consumo de drogas en la Unión Europea. En los últimos años de la década de los noventa se observó una disminución del

consumo de heroína y de los problemas asociados a él, aunque datos más recientes indican que, en algunos países, esa tendencia podría haber cambiado de sentido. Por otra parte, los datos sobre el consumo de opioides sintéticos, como el fentanilo, y de drogas estimulantes por vía parenteral, como cocaína o anfetaminas, reflejan la naturaleza cada vez más polifacética del problema de las drogas en Europa.

Las estimaciones de prevalencia del consumo problemático en los países europeos durante los últimos años varían entre uno y ocho casos por cada 1.000 habitantes de 15 a 64 años de edad, y los opiáceos siguieron citándose como principal droga consumida por la mayoría (53 por 100) de los pacientes que iniciaron tratamiento especializado por consumo de drogas para el último año del que se facilitan datos en Europa, 2008, mientras que la heroína lo fue por el 48 por 100. Muchos consumidores de opiáceos participan en programas que ofrecen tratamientos de larga duración, en concreto tratamientos de sustitución. En un análisis reciente de los datos se llegó a la conclusión de que los consumidores de opiáceos como droga principal representaban el 61 por 100 del total, pero sólo el 38 por 100 de los que se sometían a tratamiento por primera vez.

El consumo de opiáceos puede tener toda una serie de consecuencias negativas para la salud, como accidentes, trastornos de salud mental, enfermedades pulmonares, problemas cardiovasculares, desempleo o carencia de hogar. La relación del consumo con la transmisión de enfermedades infecciosas ha posibilitado que un gran número de consumidores de opiáceos se hayan infectado con el VIH y hayan muerto de sida. Está fuera de toda duda el papel que ha desempeñado el consumo de estas drogas en la transmisión de los virus de la hepatitis B y C.

El número de muertes por sobredosis que se han notificado en la Unión Europea en las últimas dos décadas equivale a casi una muerte por sobredosis cada hora. Los opiáceos, principalmente la heroína, intervienen en la mayoría de las muertes causadas por sobredosis de drogas que se notifican en Europa (en torno a 8.000/

año); así, están presentes en más del 75 por 100 de los casos notificados, aunque podrían ser muchos más. Existen una serie de factores que se asocian a las sobredosis mortales y no mortales de heroína. Entre ellos están la vía parenteral y el consumo simultáneo de otras sustancias, sobre todo de alcohol y benzodiacepinas. También se relacionan con sobredosis el consumo compulsivo de drogas, la comorbilidad, la carencia de hogar, los problemas de salud mental (como depresión), el hecho de no recibir un tratamiento de la drogadicción, los antecedentes de sobredosis y la soledad en el momento de la sobredosis. El período inmediatamente posterior a la excarcelación o al alta de un tratamiento de drogodependencia parece ser el que mayor riesgo de sobredosis ha presentado en algunos estudios longitudinales.

4. EL TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS COMO PRINCIPAL ESPERANZA

Hoy sabemos con certeza que la adicción es una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de drogas, que persisten a pesar de las consecuencias extremadamente negativas. Como el abuso de drogas tiene tantas dimensiones y altera tantos aspectos de la vida de la persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas de tratamiento eficaces suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar al toxicómano a dejar de usar las drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. Puesto que la adicción es una enfermedad, los usuarios simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas (NIDA, 2010).

Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos reúnen muchas de las condiciones que se plantean para un tratamiento exitoso de la adicción, y tras muchos años de tratamiento e investigación hoy en día podemos afirmar que, sin dejar de reconocer las dificultades que tiene el abordaje médico de los trastornos adictivos, el uso de fármacos sustitutivos como la metadona, la buprenorfina y otros opiáceos puede proporcionar un futuro más esperanzador para los adictos y sus familias. Obviamente, el tratamiento farmacológico deberá acompañarse de otras intervenciones de tipo psicológico y social para obtener el mayor rendimiento posible en los resultados finales de la terapéutica.

Según informa el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías en sus memorias (OEDT, 2011), se estima que casi la mitad de los consumidores problemáticos de opiáceos en la Unión Europea tienen acceso a tratamiento de sustitución con opiáceos, siendo la metadona la medicación prescrita con más frecuencia, pues de hecho la reciben hasta tres cuartos de los pacientes en tratamiento. Se prescribe buprenorfina a casi un cuarto de los pacientes europeos que reciben tratamiento de sustitución, y es el principal fármaco de sustitución en países como Francia, Suecia, Finlandia, República Checa, Chipre y Croacia. En los últimos años se ha incorporado al arsenal terapéutico en más de una docena de países europeos una presentación farmacéutica de buprenorfina-naloxona. En algunos países existen otras modalidades farmacológicas de sustitución que ofrecen a sus pacientes morfina, codeína o diacetilmorfina. Es necesario señalar que a nivel mundial, algunos países, a pesar de contar con un gran número de consumidores de opiáceos, todavía no ofrecen tratamientos con sustitutivos o lo hacen de forma muy limitada, como es el caso de Rusia o China, por ejemplo.

Curiosamente, los tratamientos con fármacos como la metadona han provocado una gran controversia, y eso a pesar de que pocos tratamientos farmacológicos han sido escrutados con tanta profundidad como los que utilizan sustitutivos opioides para valorar los beneficios de su uso;

por ello es preciso insistir en que el tratamiento de sustitución, cuando se combina con intervenciones psicosociales, resulta ser la opción terapéutica más eficaz para los consumidores de ese tipo de drogas. Varias revisiones realizadas por expertos, entre las que se incluyen algunas publicadas por la Fundación Cochrane recientemente, no dejan lugar a dudas al afirmar que en comparación con la desintoxicación u otras intervencio-

nes, tanto el tratamiento con metadona como el tratamiento con altas dosis de buprenorfina muestran mayores porcentajes de retención en el tratamiento y resultados significativamente mejores en lo que respecta al consumo de drogas, la actividad criminal, las conductas de riesgo y la transmisión del VIH, las sobredosis y la mortalidad por cualquier causa (OMS, 2009; Mattick, 2009; Gowing, 2008 y 2011).

Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cocaína y éxtasis

7

ANA M.^a BERMEJO BARRERA
M.^a JOSÉ TABERNERO DUQUE

1. INTRODUCCIÓN

La importancia del excesivo consumo de psicoestimulantes en todo el mundo se pone de manifiesto en el informe de la Organización de Naciones Unidas del año 2005, en el que se estima que existen unos 50 millones de consumidores excesivos de los mismos, de los cuales gran parte desarrollarán dependencia.

Los psicoestimulantes son capaces de reducir los niveles de alerta o vigilia haciendo que el individuo responda con mayor rapidez a estímulos exógenos o endógenos. Sus efectos dependen en gran medida de la personalidad, del medio en que se consumen, de la dosis y de la vía de administración. Incluyen compuestos anfetamínicos, alcaloides naturales (como la cocaína) y metilxantinas.

La *cocaína* y el *éxtasis* se encuentran pues dentro de este grupo de sustancias y producen efectos similares sobre el estado de ánimo, toxicidad crónica tras el consumo continuado y alto potencial de abuso y dependencia. La dependencia se manifiesta por fenómenos como la sensibilización y la tolerancia, con una base neurobiológica (Crespo-Fernández, 2007). Para comprender su mecanismo de acción es necesario repasar brevemente algunos mecanismos fisiológicos implicados en el proceso de neurotransmisión.

Las catecolaminas son neurotransmisores que se dirigen directamente al torrente sanguíneo (en lugar de a las hendiduras sinápticas, como otros

neurotransmisores). Incluyen la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina, las cuales son sintetizadas a partir del aminoácido tirosina. Se producen principalmente en las células cromafines de la médula adrenal y en las fibras postganglionares del sistema nervioso simpático. Se liberan en los receptores adrenérgicos (noradrenalina y adrenalina) y dopaminérgicos. Las neuronas del tallo cerebral convierten la dopamina en noradrenalina, la cual se almacena en las vesículas sinápticas a lo largo de la mayor parte del cerebro y de la médula espinal.

Hay sustancias que actúan sobre las neuronas noradrenérgicas, bien directamente sobre la síntesis o el almacenamiento de noradrenalina, bien sobre su liberación o inhibiendo su recaptación. La *cocaína* inhibe la recaptación neuronal de la noradrenalina liberada en la terminación nerviosa noradrenérgica, reforzando así los efectos tanto de la actividad nerviosa simpática como de la noradrenalina circulante (es el mismo mecanismo de acción que tienen los antidepresivos tricíclicos, como la desipramina): es, por tanto, un estimulante del SNC. La *cocaína* potencia así la transmisión simpática.

Hay regiones del cerebro que se excitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como la comida, el sexo y muchas de las drogas de abuso. Uno de los sistemas neuronales que parece ser más afectado por la *cocaína* y el *éxtasis* tiene su origen en una región del cerebro medio llamada área tegmental ventral (ATV). Las fibras ner-

viosas originadas en el ATV se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas clave involucrada en los mecanismos de gratificación o recompensa. Se ha demostrado que la gratificación incrementa los niveles de dopamina, aumentando así la actividad neuronal en el núcleo accumbens (NIDA, 2001). La *cocaína* actúa bloqueando la eliminación de la dopamina de la sinapsis (se adhiere a la proteína transportadora de dopamina), lo que da lugar a una acumulación de dopamina en la sinapsis y a un aumento de la señal a las neuronas receptoras, incrementando sus efectos placenteros. Ésta es la causa de la euforia inicial que experimentan los consumidores de *cocaína* (figura 7.1).

Con el tiempo, se produce una disminución en los receptores de dopamina en el cerebro de una persona adicta a la *cocaína* en comparación con

una persona que no consume drogas. Es probable que estas alteraciones sean responsables, en parte, de la disminución en la sensibilidad a las gratificaciones naturales que ocurre con la adicción.

La serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) es una monoamina neurotransmisora. Las neuronas de los núcleos del rafe son la fuente principal de liberación de la 5-HT en el cerebro. Los núcleos del rafe son conjuntos de neuronas distribuidas en nueve grupos pares y localizadas a lo largo de todo el tronco encefálico, centrado alrededor de la formación reticular. Varios agentes pueden inhibir la recaptación de 5-HT, incluyendo el *MDMA* o *éxtasis*, *anfetamina*, *cocaína*, dextrometorfano (un antitusivo), antidepresivos tricíclicos (TCA) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Así pues la *cocaína* afecta a diversos sistemas de neurotransmisión, especialmente a los dopa-

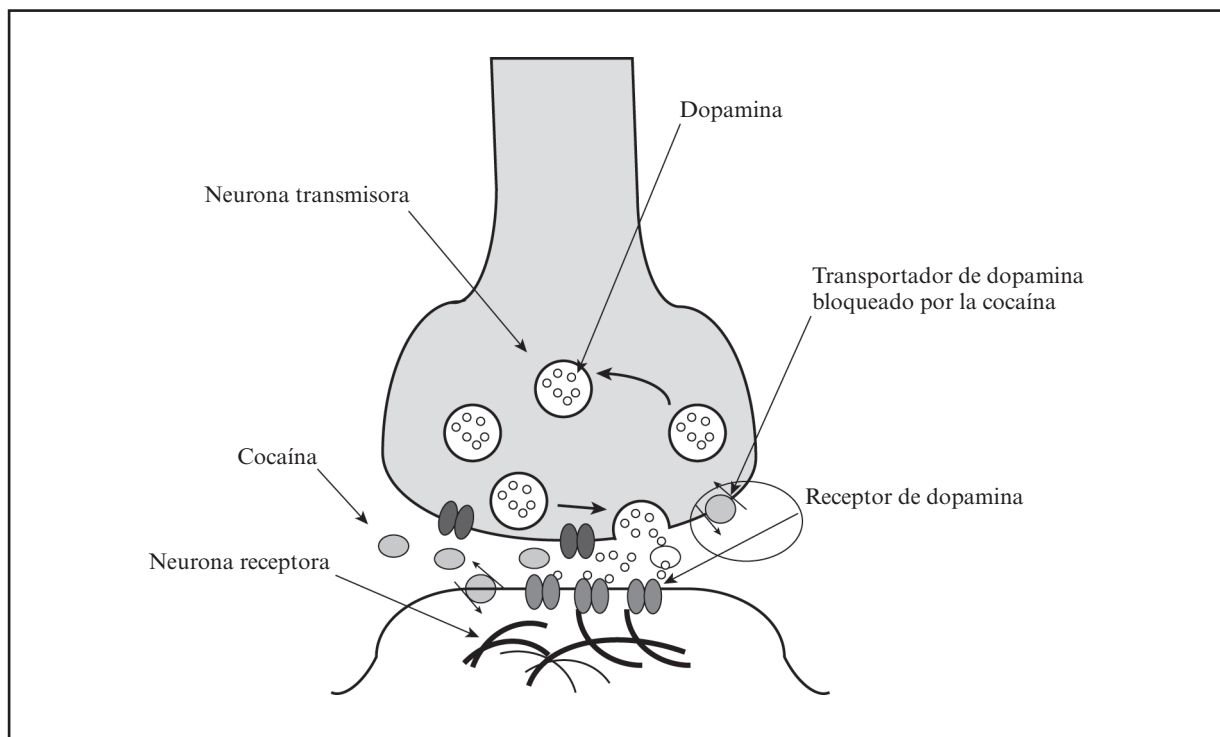


Figura 7.1. Inhibición de la recaptación de dopamina por la cocaína.

minérgicos (DA), los noradrenérgicos (NA) y los serotoninérgicos (5-HT) (Galindo, 2000):

- El consumo repetido de cocaína provoca una rápida depleción presináptica de DA y una hipersensibilización de los receptores DA postsinápticos, causando tolerancia, disforia y deseo vehemente de droga (*craving*). La dependencia es la consecuencia de la tendencia a experimentar la euforia producida por la cocaína y a evitar la disforia (Spitz, 1990).
- Los efectos sobre la transmisión NA son similares a los que provoca sobre la DA. Sin embargo, no parece que tenga relación con los efectos de recompensa de la cocaína, aunque la hiperfunción NA puede contribuir a los efectos tóxicos agudos que ocasiona (Ramos, 1993).
- Produce una rápida depleción de 5-HT por bloqueo de la recaptación y por disminución de su síntesis. Esto provoca una pérdida de la función inhibitoria de la 5-HT, precipitando los efectos estimulantes, euforizantes y de toxicidad aguda (Johanson, 1995).

2. FASES DEL CONSUMO

Las bases neurobiológicas del proceso de drogadicción se analizan en cuatro fases: estado de consumo agudo, estado de consumo crónico, abstinencia aguda y abstinencia a largo plazo (Beine, 2006). Para cada fase hay datos morfofuncionales y neuroquímicos cuya integración permitirá una comprensión más clara de los procesos neurobiológicos implicados en el consumo de drogas.

2.1. Consumo agudo

El consumo agudo se refiere a los primeros contactos con la droga, a través de los cuales se establece el conocimiento de sus efectos placenteros y el aprendizaje que lleva a repetir su consu-

mo. Se sabe que el consumo agudo de psicoestimulantes, como *cocaína* o *anfetamina*, induce la activación de diversos centros nerviosos, entre los que destacan las vías mesolímbica y mesocortical, los núcleos del rafe y la amígdala.

En general las drogas adictivas provocan la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, crítica en el proceso de dependencia y adicción (Leshner, 1997). Como se ha mencionado antes, se produce un aumento de la tasa de liberación de DA particularmente en el área tegmental ventral (ATV) y en el núcleo accumbens (que son las principales áreas del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico), que se relacionan decisivamente con la recompensa y con el aprendizaje para el consumo (Beine, 2006; Wise, 2000). Los núcleos del rafe son la fuente principal de serotonina en el encéfalo, y su activación produce un aumento en la liberación de serotonina en la fase aguda de consumo, que parece ser que participa en fenómenos de recompensa en paralelo a la hiperactividad dopaminérgica.

2.2. Consumo crónico

Durante el consumo crónico tienen lugar fenómenos de neuroadaptación, que podrían representar una reacción del organismo tendente a retomar la homeostasis o equilibrio orgánico, fundamental para la vida. Sin embargo, hay cambios críticos intracelulares y se desarrolla una sensibilización en la liberación de DA mesolímbica, hechos que resultan fundamentales para el establecimiento de la dependencia crónica y de la abstinencia tras el cese del consumo.

La administración crónica da lugar a un incremento progresivo de sus efectos conductuales y de recompensa, fenómeno llamado *sensibilización conductual*, que puede observarse incluso años después del cese del consumo de la droga (Kalivas, 1991; Kalivas, 1993). La administración aguda aumenta la liberación de DA, y esta liberación se refuerza con el consumo crónico de la droga, lo que se denomina *sensibilización dopaminérgica* (Nestler, 2004). Esto representa un hecho diferen-

cial respecto a reforzadores naturales (comida, bebida, actividad sexual), en los que no hay sensibilización dopaminérgica.

Parece que esta sensibilización está en la base del desarrollo de la adicción a drogas, así como de la abstinencia y recaída tras el cese del consumo.

La *sensibilización* ocurre con todos los psicoestimulantes. Los primeros cambios que aparecen son de tipo ansioso y/o depresivo, con confusión, agresividad y pérdida de interés por la mayoría de las actividades. Se pueden producir psicosis tóxicas, con alucinaciones visuales y táctiles e ilusiones paranoides. Se considera que este fenómeno representa la expresión de cambios plásticos cerebrales debidos al consumo crónico de droga y es la razón del aumento del valor motivacional de la droga (efecto incentivo), así como de los fenómenos de abstinencia y recaída una vez que se abandona el consumo (Robinson, 1993; Robinson, 2000).

El uso compulsivo de la droga se caracteriza por ser un hábito inflexible que persiste a pesar de sus efectos negativos sobre el adicto, y se refuerza fácilmente por estímulos asociados al consumo (Childress, 1992). La transición desde el consumo controlado de droga hasta el hábito compulsivo depende de dos factores fundamentalmente: la pérdida del control ejecutivo de la corteza prefrontal sobre el núcleo estriado dorsal y el establecimiento de hábitos y aprendizaje estímulo-respuesta en el núcleo estriado. Se sabe que hay un descenso funcional en la actividad de la corteza prefrontal en adictos a la *cocaína* y la *anfetamina* (Volkow, 2000), que influiría no sólo en el establecimiento de conexiones neuronales en el estriado —que generarían hábitos de consumo anómalos, como se ha comentado—, sino también en la pérdida de control consciente sobre los propios actos por parte del sujeto, facilitando la pérdida de control característica de la adicción avanzada. Por tanto, la corteza prefrontal desempeña un papel decisivo tanto en la formación de hábitos patológicos en el adicto como en el mantenimiento de éstos. Esta pérdida de control también podría estar detrás de los fenómenos de *craving* o deseo de droga que sufre el antiguo adicto, y que son

una causa importante de la recaída en el consumo. La euforia actuaría como un refuerzo positivo, y el *craving*, como un refuerzo negativo: ambos refuerzos llevan al sujeto a convertirse en dependiente crónico, perpetuando su consumo (SES, 2011).

La tolerancia es la disminución progresiva de efectos de la droga. La mayoría de consumidores requieren dosis crecientes para producir los mismos efectos subjetivos experimentados al principio, ya que se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos centrales, como euforia y anorexia. La tolerancia se debe probablemente a una excreción aumentada de la droga, aunque deben intervenir fenómenos neuroquímicos adaptativos en el sistema nervioso. Existen fenómenos de tolerancia cruzada entre distintos psicoestimulantes.

2.3. Abstinencia aguda

Los cambios antes comentados participan también en la aparición de los síntomas de abstinencia tras el consumo de droga. Además, hay fenómenos de rebote morfofuncional y neuroquímico. Estos cambios serían responsables de la sintomatología somática y emocional de la abstinencia. El cuadro clínico es de mayor o menor gravedad según el tipo de droga: la *cocaína* produce cuadros de abstinencia más leves.

2.4. Abstinencia a largo plazo (recaída)

Una vez que el sujeto ha superado la fase aguda de abstinencia, comienza la fase asintomática de abstinencia a largo plazo. Durante dicha fase, el sujeto puede superar definitivamente su drogadicción con apoyo médico y psicoterápico adecuado, pero tienen lugar fenómenos importantes que suelen originar la recaída de un número importante de sujetos en el consumo de la droga: el «ansia de droga» (*craving*) y la «abstinencia condicionada». Estos fenómenos presentan un marcado carácter psicológico.

Durante el ansia de droga, el sujeto presenta deseos imperiosos de volver a consumir la droga, y durante la abstinencia condicionada aparece sintomatología abstinente, a veces sin razón aparente. Ambos fenómenos se manifiestan en situaciones ambientales y emocionales determinadas, como estrés, recreación de lugares asociados al consumo anterior, etc.

No se conocen las bases neurobiológicas de este fenómeno, pero se sabe que se relaciona con el proceso de sensibilización de la fase de consumo crónico de la droga, que, como se ha explicado, origina cambios permanentes de los circuitos mesolímbicos. Además, existe una hiperreactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que puede durar años, y que explica la liberación exagerada en estos sujetos de CRF (factor liberador de corticotropina), ACTH (hormona adreno-corticotropa) y corticoides suprarrenales durante situaciones de estrés. Estas hormonas pueden agravar la sensibilización de los circuitos dopaminérgicos y facilitar la posterior aparición de ansia de droga (Nestler, 2001).

3. ÉXTASIS

El éxtasis o MDMA (3,4 metilendiometanfetamina) es una droga sintética de actividad psicoestimulante similar químicamente a la metanfetamina y a la mescalina. Sin lugar a dudas, es la droga de síntesis más popular entre los jóvenes por la capacidad que tiene de inducir una gran variedad de efectos psicológicos y conductuales, tanto euforizantes como entactógenos. Concretamente es un derivado anfetamínico, perteneciente al grupo de las feniletilaminas, caracterizado por la combinación de efectos psicoestimulantes y alucinógenos. Este tipo de compuesto se conoce como entactógeno, nombre derivado del griego y el latín.

El éxtasis fue patentado por los laboratorios Merck en 1912 para ser empleado como anoréxico, aunque nunca pasó de la etapa preclínica, por lo que no fue utilizado con fines terapéuticos. No fue estudiado a fondo hasta la década de los cincuenta, período en que se comienzan a cono-

cer sus propiedades y sus posibles aplicaciones terapéuticas, entre las que destacan las psicoterapéuticas, debido a la empatía provocada por esta droga que facilita la relación/comunicación médico-paciente. Es por ello por lo que fue utilizada en pequeñas dosis en psicoterapia, pero posteriormente, cuando se popularizó su uso recreativo en la década de los ochenta y tras conocerse posibles efectos adversos, fue incluida por la DEA (Drug Enforcement Administration) en la lista I de sustancias prohibidas, incluso para fines terapéuticos, a pesar de los esfuerzos de muchos colectivos para mantener su utilización con este fin. Desde entonces, quizá por la reputación de sustancia segura que adquirió en un principio, su consumo se ha ido incrementando desde la década de los noventa sobre todo entre jóvenes adolescentes, por la falta de percepción del riesgo que supone para la salud. Los efectos de su uso continuado son todavía hoy objeto de estudio, aunque ya se conocen muchas de las consecuencias que provoca, principalmente manifestándose con síntomas de neurotoxicidad.

En su forma pura es polvo insípido, que puede ser fumado, inyectado o inhalado, aunque su consumo habitual es por vía oral en forma de tabletas o cápsulas, que se absorben con rapidez por el tracto gastrointestinal y atraviesan con facilidad la barrera hematoencefálica. Una vez absorbido, es metabolizado en el hígado dando lugar a metabolitos inactivos y activos, teniendo estos últimos igualmente efectos neurotóxicos.

La dosis habitual de consumo es de 60 a 120 mg, y sus efectos persisten durante tres-seis horas.

La razón de que su consumo se haya popularizado tanto radica en parte en los efectos positivos que la persona puede llegar a experimentar, aproximadamente una hora después de su ingestión. Estos efectos son estimulación mental, empatía hacia los demás, sensación general de bienestar y una alteración en la percepción sensorial.

Hoy en día se dispone de numerosos estudios que han demostrado reiteradamente que, además de posible toxicidad aguda, provoca neurotoxicidad a largo plazo, similar a la causada por otras anfetaminas como la fenfluramina.

3.1. Efectos neurotóxicos inmediatos

El MDMA actúa sobre la neurotransmisión aumentando la liberación de serotonina y nora-drenalina, lo que deriva en una mayor actividad neurotransmisora. Al ser la serotonina un neuro-transmisor que desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo, sueño, dolor, emociones y apetito, su liberación excesiva provoca una elevación del estado de ánimo característica de los usuarios del MDMA. No obstante, la consiguiente depleción de serotonina a nivel central justifica los efectos negativos en el comportamiento que los usuarios frecuentemente experimentan durante varios días después de haber consumido éxtasis.

La extensión de uso como droga recreacional se debe a los «efectos agudos» o a corto plazo, principalmente la euforia, la empatía, la desinhibición y el aumento de la actividad psicomotora que provoca. Su efecto entactógeno fue descrito por primera vez por Nichols en 1986, diferenciándolo perfectamente de los efectos producidos por otras anfetaminas o el LSD. De hecho el primer nombre propuesto para el éxtasis fue *emphaty* (Bagozi, 1996) por el sentimiento de proximidad hacia los demás que provoca, junto con una mayor introspección y capacidad para uno mismo y para los demás. Por esta razón fue propuesto y utilizado en psicoterapia en la década de los setenta, como coadyuvante para algunas enfermedades mentales, incluso para algunas toxicomanías.

Los efectos que provoca comienzan a los 20-40 minutos después de la ingestión, alcanzando su máxima intensidad a los 60-90 minutos y persistiendo hasta tres o cuatro horas. Su intensidad está condicionada por la dosis, vía de administración, patrón de consumo y el propio entorno en el que se consume. Es frecuente la aparición de efectos tales como amor al prójimo, felicidad, desaparición de miedo y timidez. A las dosis habituales de consumo, aparecen ilusiones ópticas y auditivas, haciendo que los sonidos y los colores resulten más intensos. A dosis muy elevadas puede llegar a provocar auténticas alucinaciones. En

algunos casos la administración de éxtasis provoca paralelamente lo que se llaman los «efectos negativos», tales como ataques de pánico, ideas paranoides, ansiedad extrema, inquietud, etc. Los ataques de pánico son episodios de corta duración y no recurren si se consumen dosis excesivas de éxtasis; por el contrario, las ilusiones ópticas y auditivas persisten durante más tiempo. Estos efectos son más característicos en consumidores habituales a los pocos minutos de la ingesta o en consumidores esporádicos cuando las dosis son muy elevadas.

Estudios clínicos controlados han demostrado que todos estos efectos están en relación con la liberación de serotonina que provoca el consumo de éxtasis (Colado, 2008). Igualmente ocurre con alguno de los efectos fisiológicos que produce, tales como la taquicardia, elevación de la presión sanguínea, sequedad de boca y bruxismo. El éxtasis es también responsable de efectos neuroendocrinos que se traducen en el aumento de las concentraciones plasmáticas de corticoesterona y prolactina 30 minutos después de la ingestión, al igual que el aumento de renina y aldosterona. Los efectos que puede llegar a producir son descritos en el cuadro 7.1, dependiendo de las dosis consumidas.

Uno de los principales mecanismos de toxicidad del éxtasis es la hipertermia que produce, responsable de la mayor parte de las muertes producidas por esta sustancia o de las complicaciones derivadas de ella, tales como rabdomiolisis o fallo multiorgánico. La temperatura corporal llega a alcanzar los 43 °C. La hipertermia puede ser causada por un efecto directo sobre el sistema de termorregulación del organismo, asociado al incremento de la temperatura ambiental y la actividad psicomotora desarrollada por el consumidor (Henry, 1992). Esto ha sido demostrado en animales de experimentación a los que se sometió a temperaturas ambiente elevadas y que desarrollaron con mayor facilidad el efecto neurotóxico en el sistema serotoninérgico, con lo que se descubrió que el consumo de esta droga en locales cerrados aumenta su potencial de toxicidad (Green, 2004).

CUADRO 7.1

Síntomas y signos de la intoxicación por consumo excesivo de éxtasis (Sunniva, 2007)

Leve	Moderada	Severa
Náuseas y vómitos Midriasis Xerostomía Trismus Tremor Inquietud Palidez Bruxismo Hiperreflexia Irritabilidad	Hiperactividad Confusión Hipertermia Aumento de tono muscular Agresión Ataques de pánico Alucinaciones visuales Taquipnea Taquicardia Hipertensión	Delirio Rigidez muscular Coma Convulsiones Hipotensión Arritmias cardíacas Hemorragias cerebrales Hipertermia (>40 °C) Acidosis metabólica Fallo renal Rabdomiolisis Hepatotoxicidad Distrés respiratorio del adulto Hiponatremia

También la hiponatremia con edema cerebral ha sido descrita como mecanismo de muerte en intoxicaciones por éxtasis, y el mecanismo por el que se produce es todavía desconocido, pero pudiera ser resultado de las alteraciones neuroendocrinas que provoca el MDMA, con un síndrome de secreción inapropiada de ADH (hormona antidiurética) posiblemente asociado al deterioro que provoca la hipoosmolaridad de los fluidos (Liechti, 2005).

Todavía hoy es objeto de controversia la toxicidad del éxtasis cuando se consume solo. De hecho, en una serie de 202 muertes relacionadas con el consumo de éxtasis producidas en Reino Unido entre 1996-2002, solamente en el 17 por 100 de los casos esta droga se encontró de forma aislada (Schifano, 2002). Se ha estimado que sólo uno de cada 10.000 consumidores agudos de éxtasis requiere asistencia médica, y la muerte sólo se produce en el 2 por 100 de los casos de intoxicación. Parece demostrado que los inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores de la recaptación de serotonina e inhibidores del CYP2D6 son compuestos que modulan los efectos que el MDMA produce en humanos (Yang, 2006).

3.2. Efectos tardíos

Los consumidores habituales de éxtasis sufren patologías psiquiátricas y neurológicas a largo plazo. Han sido numerosos los estudios realizados en animales de experimentación sobre los efectos que produce el consumo de esta sustancia a largo plazo (Parrot, 2001). Como mencionamos anteriormente, la serotonina desempeña un papel primordial en el mecanismo de acción del éxtasis, tanto a corto como a largo plazo. Cuando su liberación es excesiva, se produce una disminución de la misma a nivel cerebral, lo que acarrea gran cantidad de efectos negativos sobre el comportamiento de aquellos individuos que han consumido MDMA durante un período tras haberlo abandonado. Este efecto ha sido demostrado con modernas técnicas diagnósticas que existen actualmente, como el PET (tomografía por emisión de positrones), con la cual se ha visto que esta reducción es directamente proporcional a la duración del consumo, y, además, que es mucho más pronunciada en el sexo femenino. A la larga, el sistema de transporte de serotonina a nivel neuronal acaba provocando la destrucción de la terminal, desencadenando efectos de larga duración.

Se ha demostrado igualmente en animales de experimentación que esta disminución de serotonina y también de su metabolito (ácido 5-hidroxiindolacético) que aparece en consumidores habituales es proporcional a la dosis consumida de éxtasis, y las alteraciones que se producen en la función neuronal son las responsables de las alteraciones psicopatológicas que provoca su consumo a largo plazo.

Además de los efectos fisiológicos que se producen derivados del consumo crónico de MDMA, tales como el bruxismo, el síndrome de la articulación temporomaxilar y la hepatotoxicidad, los efectos psicológicos y las alteraciones cognitivas son de gran relevancia.

Una de las manifestaciones más comunes que se encuentran en los usuarios crónicos de éxtasis es la aparición de «psicosis crónica», que persiste en el tiempo y que no revierte fácilmente con los tratamientos antipsicóticos convencionales. Estas psicosis ya han sido descritas desde hace más de dos décadas (Lieb et al., 2002). Todos los estudios realizados indican que factores como el uso de otras drogas, los antecedentes familiares y las patologías psiquiátricas previas desempeñan un papel muy importante (Huizink et al., 2006). Igualmente se han descrito estados de ansiedad, depresión, ataque de pánico y otras alteraciones del comportamiento.

A la hora de demostrar estos efectos hay que tener en cuenta las dificultades existentes, ya que muchos usuarios de éxtasis lo son paralelamente de otras sustancias psicotrópicas, como por ejemplo derivados cannábicos, que seguramente pueden contribuir a su aparición. Concretamente se han realizado estudios que demuestran que no existen diferencias entre consumidores de cannabis y éxtasis y los consumidores sólo de cannabis (Dafters, 2004; Simon, 2007). Se demostró también que el uso de cannabis se asocia más a pérdida de memoria en cortos periodos de tiempo, mientras que las alteraciones que produce el éxtasis son mucho más duraderas y sobre la memoria prospectiva (Rodgers, 2001; Heffernan, 2001). Existen numerosos estudios al respecto y con conclusiones contradictorias; sin embargo, todos

demuestran que el uso combinado de ambas drogas tiene mayor impacto que una sola sobre las alteraciones de memoria. Además factores como la edad, el sexo y la dosis consumida, junto con condicionantes genéticos y ambientales, pueden desempeñar un papel muy importante en el déficit cognitivo que resulta del uso continuado de MDMA.

Aun teniendo en cuenta estos factores, los estudios existentes hasta la fecha señalan que los consumidores habituales de éxtasis desarrollan un importante déficit de las funciones cognitivas que no desaparece cuando se abandona el consumo. Una de las alteraciones más características es la disminución de la memoria tanto verbal como visual, cuya causa puede estar relacionada con la disminución de los metabolitos de la serotonina. Es frecuente también la alteración de todos aquellos procesos que requieren atención, por lo que la capacidad de aprendizaje, la concentración y la realización de tareas que requieran una complejidad excesiva se ven disminuidas y, según se demostró en reiteradas ocasiones, de forma dosisdependiente (Verkes, 2001; Fox, 2001).

Tanto las alteraciones de la memoria como las de la función cognitiva persisten en el tiempo y no revierten tras la abstinencia, lo que lleva a pensar que el uso continuado de esta sustancia produce una lesión neurotóxica selectiva y persistente. Algunos estudios han encontrado diferencias en la duración de las alteraciones psiquiátricas producidas por el éxtasis. Un estudio longitudinal de 15 casos de usuarios de éxtasis demostró que tras un año de abstinencia los síntomas de agresión disminuían mientras que los de depresión persistían. Otros estudios han señalado la disminución también en los síntomas de depresión. Desde luego, no hay duda de que los consumidores habituales de éxtasis padecen depresión con mayor frecuencia que los usuarios de otras drogas, y además existe una correlación positiva entre el número de tabletas ingeridas y los episodios de depresión (De Win, 2004). En cualquier caso, la mayoría de los estudios realizados al respecto consideran que los síntomas neuropsiquiátricos del éxtasis no revierten tras el cese del consumo.

3.3. Potencial adictivo

El potencial adictivo del éxtasis ha sido muy discutido. Está claro que no produce una dependencia física como otras drogas y que por tanto tras la abstinencia no se produce el *craving*. Es por ello por lo que los usuarios llegan a tener consumos intermitentes, por lo que se puede decir que su poder adictivo es menor que el que presentan otras drogas de abuso. En general el uso continuado de esta droga hace que los efectos placenteros sean cada vez menos intensos y que, por el contrario, los efectos negativos sean más pronunciados, un hecho similar al que ocurre con los alucinógenos.

En un estudio realizado en un grupo de 70 consumidores habituales de éxtasis, con una media de cuatro años de consumo, sólo un 12 por 100 presentaron problemas al abandonarlo (Verheyden, 2003). Hoy en día no hay evidencias que pongan de manifiesto alteraciones de la vía serotoninérgica relacionadas con la tolerancia y la abstinencia del éxtasis, y lo que parece claramente demostrado es que esta droga no es altamente adictiva en seres humanos (Sunniva, 2007).

En definitiva, el éxtasis es una droga de síntesis en cuya composición real y pureza se desconocen y cuyo consumo continuado puede producir importantes alteraciones neurotóxicas sobre las neuronas serotoninérgicas, con las posibles implicaciones que eso conlleva.

4. COCAÍNA

4.1. Características de la cocaína

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central (SNC), y es considerada una de las drogas de abuso más adictivas y peligrosas (PNSD, 2007).

Químicamente es un éster alcaloide: benzoilecgoninametilester, que se extrae de las hojas de dos arbustos de coca de la misma familia (*Erythroxylum coca lam* y *Erythroxylum novogratense*), cultivados en las regiones tropicales de los Andes (principalmente Perú, Bolivia, Colom-

bia y Ecuador) y consumidos ya por las civilizaciones preincaicas. Dichas hojas poseen 14 alcaloides naturales, de los cuales el más conocido es la cocaína, que tiene propiedades anestésicas y analgésicas. Las poblaciones andinas masticaban las hojas de coca para disminuir las sensaciones de hambre y fatiga y las mezclaban con ceniza, que, al ser alcalina, libera la cocaína, que atraviesa así con facilidad la mucosa oral (Fernández-Espejo, 2006).

Se importó a Europa en 1580, y en 1860 Albert Niemann (de la Universidad de Göttingen, Alemania) consiguió aislar el principal principio activo contenido en estas hojas: la cocaína. Sus propiedades anestésicas locales se descubrieron en 1870. Posteriormente surgieron diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada, fumada, inyectada, etc.) que producen efectos más rápidos e intensos que la hoja mascada y, por tanto, aumentan el riesgo de desarrollar adicción y dependencia (Galindo Menéndez, 2000).

La cocaína es extraída de las hojas del arbusto por un proceso de precipitado de los alcaloides más básicos: para la preparación de la pasta base de cocaína, se procede a la alcalinización de la hoja de coca (con un álcali como amoníaco o lima [hidróxido de calcio]), posterior secado, extracción con solvente orgánico (como el queroseno, petróleo o gasolina), precipitación con ácido fuerte (ácido sulfúrico), disolución del residuo en agua y precipitación última con álcalis (como carbonato de sodio o potasio o hidróxido de sodio). Se obtiene así la pasta base (o sulfato de coca), que se utiliza para hacer cocaína o puede dejarse secar por completo y utilizarse directamente (así se le conoce como bazuko).

Posteriormente, se prepara la base libre por oxidación con agentes como el permanganato de potasio o peróxido de hidrógeno para suprimir los alcaloides que no son esenciales. La base libre se refiere a un compuesto que no ha sido neutralizado por ácido para producir la sal correspondiente. Esta forma de la cocaína se puede fumar, ya que no se descompone como sí lo hace el clorhidrato. La aparición de la base libre ha supuesto un aumento en el riesgo de potencialidad adictiva

y de efectos tóxicos adversos sobre la salud. Esta forma de cocaína tiene la propiedad de fundirse a los 98 °C y alcanzar el punto de ebullición a los 250 °C, lo que implica que es apta para ser fumada. Esto le permite entrar más rápidamente en el cerebro, alcanzando por esta vía de administración una mayor concentración en menor tiempo (Crespo-Fernández, 2007).

Para la producción de clorhidrato de cocaína se usan solventes orgánicos, como el éter etílico o acetona, y ácido clorhídrico, que reacciona con el alcaloide de la cocaína formando una sal cristalina (polvo hidrosoluble) que se descompone al ser calentada. El clorhidrato de cocaína es el principal componente de la cocaína ilegal.

El clorhidrato se disuelve en agua, por lo que es apto para su administración intravenosa. Un derivado del clorhidrato de cocaína es la base libre (en inglés *crack*), que ha sido, hasta hace poco, la forma de cocaína más vendida en las calles de Estados Unidos. Éste se obtiene a partir del calentamiento de la disolución del clorhidrato de cocaína en álcali (amonio o bicarbonato de sodio) y la adición de agua (o bien mediante la ebullición del clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico y posterior filtrado de la base o disolución con éter). Esta forma es termoestable y es preparada para ser fumada. Es conocida como *crack* por el sonido que produce al ser calentada (Lange, 2001).

4.2. Modo de consumo

La cocaína suele consumirse en forma de clorhidrato, inhalada por vía intranasal o inyectada por vía intravenosa. Otra forma de consumo consiste en fumar la cocaína base.

Es un estimulante del sistema nervioso central, ya que actúa como un potente simpaticomimético al bloquear la recaptación de noradrenalina y dopamina, produciendo un exceso de estos neurotransmisores a nivel del receptor postsináptico. Además, la cocaína bloquea la recaptación de monoaminas a nivel del sistema nervioso periférico, causando vasoconstricción, aumento de la

presión arterial, taquicardia, hiperglucemia, mi-driasis e hipertermia (Fessler, 1997).

Es metabolizada por la colinesterasa plasmática y hepática, y sus metabolitos se eliminan en la orina, pudiendo detectarse hasta 48 horas después de su consumo, por lo que su presencia en la orina indica un consumo reciente. El análisis del pelo es un marcador extremadamente sensible y útil del consumo de cocaína en las últimas semanas o meses (Ness, 1999).

La cocaína es la segunda droga psicoactiva ilegal en cuanto a prevalencia de consumo en España (Callado, 2010). Sin embargo, según se recoge en el último informe del Observatorio Español sobre Drogas, la cocaína es en la actualidad la droga ilegal que genera un mayor volumen de problemas (OED, 2009). Así, por ejemplo, a partir de 1999, la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga implicada con mayor frecuencia en urgencias.

Por otra parte, aunque la cocaína está cada vez más implicada en las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, la influencia total de su consumo en la mortalidad sigue siendo desconocida, ya que en algunos casos, y por motivos judiciales, en el certificado de defunción figura otra causa del fallecimiento. Así, hay estudios recientes que reflejan que en nuestro medio más del 3 por 100 de las muertes súbitas pueden ser debidas a problemas cardiovasculares relacionados directamente con el consumo de cocaína (Lucena, 2010).

Por último, es importante destacar que la coexistencia del consumo de cocaína y alcohol, un uso frecuente en nuestro medio, puede potenciar algunas de las repercusiones físicas y psicológicas de la adicción, incluyendo la gravedad de la dependencia, la afectación neurotóxica, el deterioro psicosocial y la aparición de trastornos psicopatológicos.

4.3. Efectos

Es estimulante del sistema nervioso central, por lo que disminuye la sensación de hambre,

sueño y fatiga. Esta excitación va seguida de agotamiento y depresión. Debido a que su semivida plasmática es muy corta (una hora), el consumidor tiende a repetir su consumo para evitar esta depresión posterior (bajada) (Velasco, 2003).

Es estabilizador de membrana y bloquea la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina). Se potencian así los efectos periféricos de la actividad nerviosa simpática, apareciendo un importante efecto psicomotor estimulante que se manifiesta con euforia, locuacidad, aumento de la actividad motora y magnificación del placer (efectos similares a los de las anfetaminas, aunque con menos tendencia a producir conductas estereotipadas, delirios, alucinaciones y paranoia), además de taquicardia, vasoconstricción e hipertensión arterial. Aunque los efectos de la cocaína sobre el comportamiento son muy similares a los de las anfetaminas, sus efectos simpaticomiméticos son más raros, y la duración de su acción es más breve (Rang, 2008). La temperatura corporal aumenta debido a la mayor actividad motora y la disminución de la pérdida del calor. En dosis bajas produce bradicardia por estimulación vagal, mientras que dosis más elevadas causan vasoconstricción y taquicardia. Con dosis excesivas aparecen temblores, convulsiones, depresión respiratoria y vasomotora.

Al igual que las anfetaminas, la cocaína no induce un claro síndrome de dependencia física, pero tras el efecto estimulante inicial se producen depresión y disforia, así como fuerte ansia por la droga (Rang, 2008). Produce una importante dependencia psicológica: al interrumpir su consumo tras un período de varios días, hay una pérdida importante del rendimiento motor y de la conducta de aprendizaje, que se restauran con nuevos consumos.

El patrón de dependencia (que evoluciona desde el consumo ocasional hasta un aumento progresivo de las dosis) es el mismo que el que se observa con las anfetaminas, aunque su duración de acción es mucho menor.

Los efectos de la cocaína intranasal se empiezan a notar al cabo de tres a cinco minutos y alcanzan su máximo a los 10-20 minutos. Fumada

o por vía intravenosa, comienzan a los ocho a diez segundos y desaparecen en pocos minutos. Esta rapidez de inicio y final es un refuerzo importante de estas vías de consumo (Fernández-Espejo, 2006).

Se difunde ampliamente por todo el organismo, atravesando las barreras hematoencefálica y placentaria (altera gravemente el desarrollo intrauterino, con disminución del tamaño del encéfalo, mayor incidencia de malformaciones neurológicas y de las extremidades, así como de lesiones encefálicas isquémicas y hemorrágicas y de muerte súbita del recién nacido) (Velasco, 2003). Es degradada por las esterasas plasmáticas e hidrolasas hepáticas. También es desmetilada en el hígado, aunque una pequeña parte se elimina sin transformar. Su vida media de eliminación es de alrededor de una hora, aunque la duración de sus efectos se relacionan con su vida media de distribución, que es mucho más corta.

Efectos a corto plazo

Actúa como anestésico local por vía tópica. Al ser estimulante del SNC y aumentar la actividad del sistema de neurotransmisión dopaminérgico, provoca: midriasis, vasoconstricción e hipertensión arterial, taquicardia, aumento de la sudoración, hipertermia, excitación cerebral y motora con aumento del nivel de actividad, contracción de esfínteres y enlentecimiento digestivo, euforia y excitación sexual, además de disminuir la sensación de hambre, sueño y fatiga y facilitar la asociación de ideas (hay un aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que crea una falsa sensación de agudeza mental).

Cuando se fuma o se inyecta por vía intravenosa, produce casi inmediatamente una intensa sensación de placer (*rush*), que se sigue de una sensación de aumento de la energía y del estado de alerta y una disminución del apetito y de la sensación subjetiva de cansancio (disminuye el tiempo de sueño, sobre todo la fase REM). Se experimenta un aumento subjetivo de las capacidades y habilidades. Cuando se aspira no hay *rush*, y la euforia tarda más en aparecer.

A medida que la reacción eufórica desaparece, se experimenta una sensación de disforia y decaimiento, más pronunciada cuanto más rápidos o intensos han sido los efectos. Esto causa un intenso deseo de volver a experimentar los efectos (figura 7.2).

Cuando su consumo se asocia al del alcohol, prolonga la euforia que éste provoca y potencia algunos de sus efectos depresores, aumentando también la toxicidad debido a la formación del cocaetileno.

Efectos a largo plazo

A medio y largo plazo, además de crear adicción, puede producir problemas físicos y psicológicos.

Afecta al funcionamiento cerebral: alteraciones del estado de ánimo (cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad, etc.), insomnio, crisis de ansiedad o depresión, llegando incluso a cuadros de paranoia (delirios de persecución, de grandeza, etc.), psicosis y esquizofrenia. También provoca alteraciones cardiovasculares y neurológicas: infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales, impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad, problemas gastrointestinales (PNSD, 2007).

Además, aparecen daños relacionados con la vía de administración. Si la vía es nasal, puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales e incluso la perforación del tabique nasal; en la administración parenteral puede provocar reac-

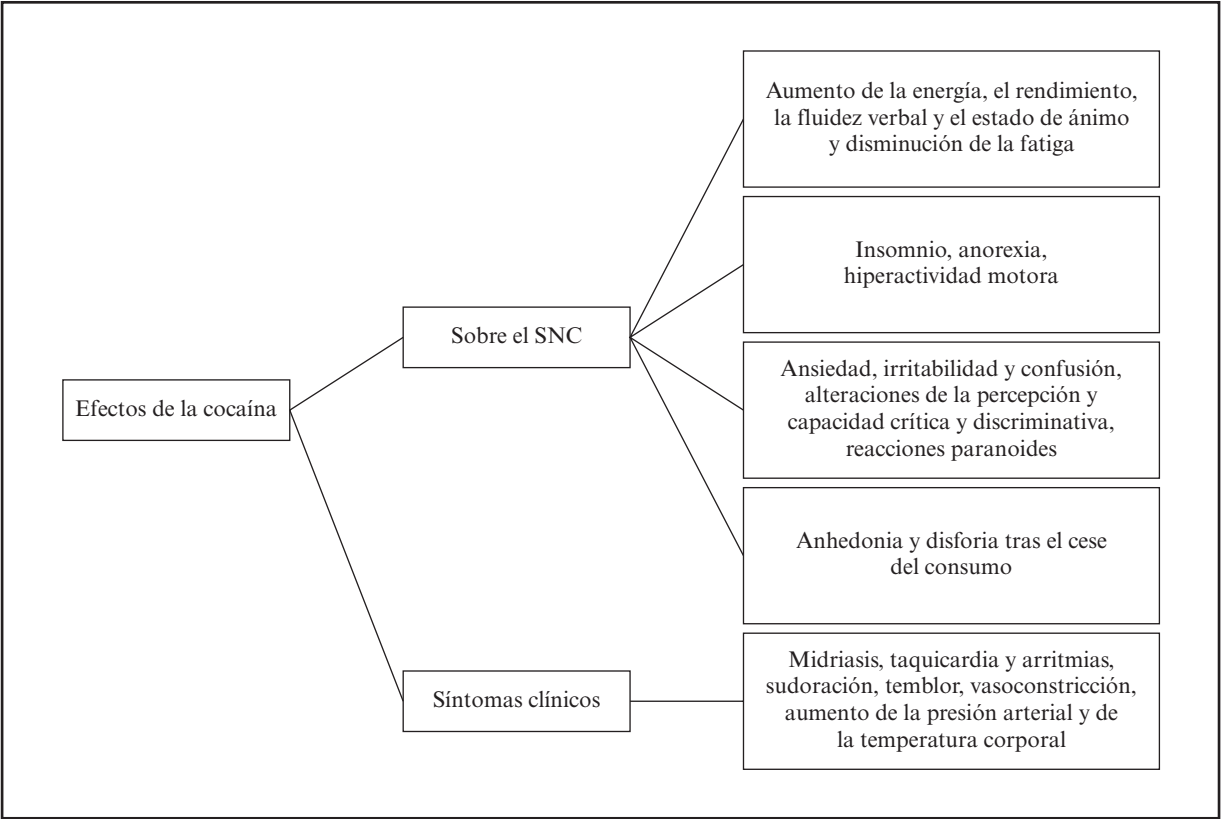


Figura 7.2. Efectos clínicos de la cocaína.

ciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como infecciones (VIH, hepatitis, etc.).

4.4. Riesgos y consecuencias del consumo

Actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida, etc.) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por esto, la cocaína resulta tan adictiva.

La *adicción* se produce tras períodos de consumo prolongados (no necesariamente con consumos diarios). Se pueden producir tolerancia y

cambios cerebrales incluso con pequeñas cantidades de cocaína. Es por esto por lo que muchos consumidores, especialmente los de fin de semana, tienen una falsa sensación de control sin llegar a percibir el problema.

La *dependencia* de la cocaína es muy importante. La supresión de su consumo tras un período prolongado da lugar a un fenómeno de rebote, con somnolencia, depresión, irritabilidad, etc. (Fernández-Espejo, 2006). Los grandes consumidores de cocaína tienden a presentar alternancia entre períodos de gran consumo, en que apenas comen o duermen, con otros de abstinencia. También son habituales patrones de consumo esporádico que pueden producir dependencia, así como importantes alteraciones médicas y psiquiátricas.

Diseño, planificación, gestión y coordinación de los programas de prevención de drogodependencias

8

LORENZO SÁNCHEZ PARDO

1. INTRODUCCIÓN

Tras décadas de investigación en el campo de la prevención de las drogodependencias, se dispone en la actualidad de un aceptable nivel de evidencia que permite incorporar en la planificación de los programas diferentes criterios básicos que les aseguren un mayor nivel de eficacia y eficiencia.

Sin embargo, la mera identificación de evidencias científicas o la existencia de evaluaciones de resultados que avalen la efectividad de ciertas estrategias y programas preventivos no son suficientes para que la población destinataria de estos programas se beneficie realmente de su implementación. Algo que sólo se conseguirá si los programas se desarrollan en determinadas condiciones y siguiendo los procedimientos adecuados para su diseño, ejecución y evaluación. Es habitual comprobar cómo los procedimientos metodológicos generales establecidos para la implementación de los programas y las condiciones «ideales» para su desarrollo, de cuya observancia depende su efectividad, no siempre se respetan en la práctica. De este modo, programas que en condiciones ideales o experimentales han demostrado su efectividad son en la práctica poco eficaces, con el consiguiente mal uso de los recursos disponibles (Meneu, 2003).

En un contexto como el actual, en el que la mejora de la calidad de las intervenciones y con base en la evidencia se ha convertido en un aspecto

central de las políticas impulsadas en el campo de la reducción de la demanda de drogas, las personas responsables de planificar los programas de prevención deben hacer frente a las siguientes exigencias:

1. Mantener el rigor metodológico en el diseño, ejecución y evaluación de los programas. Ello implica que el proceso de planificación de las intervenciones preventivas debe ajustarse a criterios lógicos y asegurar la consistencia interna entre todos los componentes de un programa.
2. Mejorar la calidad de la gestión de los programas.
3. Impulsar intervenciones con base en la evidencia.

Esta última exigencia implica que los programas con base en la evidencia deben incorporar los siguientes componentes básicos (Villalbí, 2001):

- Su fundamentación en un modelo teórico coherente y sólido.
- Contar con unas intervenciones protocolizadas, definidas y repetibles, que hagan posible su estandarización.
- Disponer de una eficacia conocida y relevante (evidencia empírica de su efectividad), dado que demostrar la utilidad de las actuaciones realizadas es un requisito básico para que puedan ampliarse y extenderse.

Para conseguir que en el campo de la prevención de las drogodependencias se realicen intervenciones eficaces, en las poblaciones adecuadas y de forma efectiva, se presentan a continuación las claves para la planificación de los programas de prevención, integrando todos los aspectos a considerar, desde la fase del diseño hasta la evaluación de resultados.

2. LA PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PREVENTIVA

La planificación es una metodología científica encaminada a analizar y diagnosticar situaciones problemáticas y a buscar las soluciones más adecuadas. La planificación recoge el conjunto de decisiones sobre el curso que pretendemos que sigan nuestras actuaciones para asegurar la consecución de unos objetivos previamente marcados. Es pues un proceso que, basado en la identificación de ciertas necesidades o situaciones problemáticas, pretende introducir determinadas acciones para su superación.

La planificación de la acción preventiva debe permitirnos:

- Identificar con precisión el problema o situación que se pretende evitar o reducir.
- Establecer el alcance de los cambios que se pretende introducirse (formular objetivos).
- Definir cómo se va a conseguir modificar dicho problema (selección de las estrategias preventivas que se van a utilizar).
- Identificar las actuaciones que deberán ejecutarse para conseguir los cambios propuestos.
- Conocer el calendario previsto para la ejecución de las actuaciones comprometidas.
- Identificar los recursos disponibles (humanos, materiales, etc.) para llevar a cabo las acciones.
- Establecer un mecanismo para controlar los cambios (mejoras) que se espera introducir con la intervención (programar cómo se evaluará el programa y seleccionar los

indicadores y técnicas que se utilizarán para valorar los resultados obtenidos con la intervención).

Sea cual sea el ámbito en que se desarrollen las intervenciones preventivas o la naturaleza de éstas, el proceso de planificación debe incluir necesariamente una serie de fases y contenidos, básicos para garantizar su éxito (figura 8.1).

2.1. Evaluación de necesidades

La evaluación de necesidades es un paso previo al diseño de los programas preventivos, puesto que dichos programas no son más que una respuesta organizada a una serie de problemas y necesidades previamente detectadas. Consiste en la identificación, el estudio y el diagnóstico de la situación inicial de los problemas sobre los que pretende intervenir (en base a un análisis del contexto y la realidad social en los que va a aplicarse el programa y de las características de la población destinataria del mismo) con la finalidad de establecer las prioridades de actuación existentes.

Si lo que se pretende es, por ejemplo, reducir la prevalencia de uso del tabaco entre los adolescentes, resulta necesario conocer las características sociodemográficas del colectivo sobre el que se desea intervenir, las prevalencias de los consumos y actitudes frente a la sustancia y los factores (de riesgo y protección) asociados a las conductas que tratan de prevenirse.

Los procedimientos y métodos utilizados para la evaluación de necesidades son múltiples y de distinta naturaleza (cuantitativos y cualitativos). Algunos de los procedimientos se basan en la utilización de técnicas relativamente sencillas (análisis de los datos existentes en distintas fuentes, estadísticas generales, consulta de estudios realizados por diferentes instituciones, etc.), mientras que otros están dotados de mayor complejidad (cuestionarios a poblaciones amplias, investigaciones para la identificación de factores de riesgo y/o protección en poblaciones específicas, etc.). Para facilitar la evaluación de necesi-

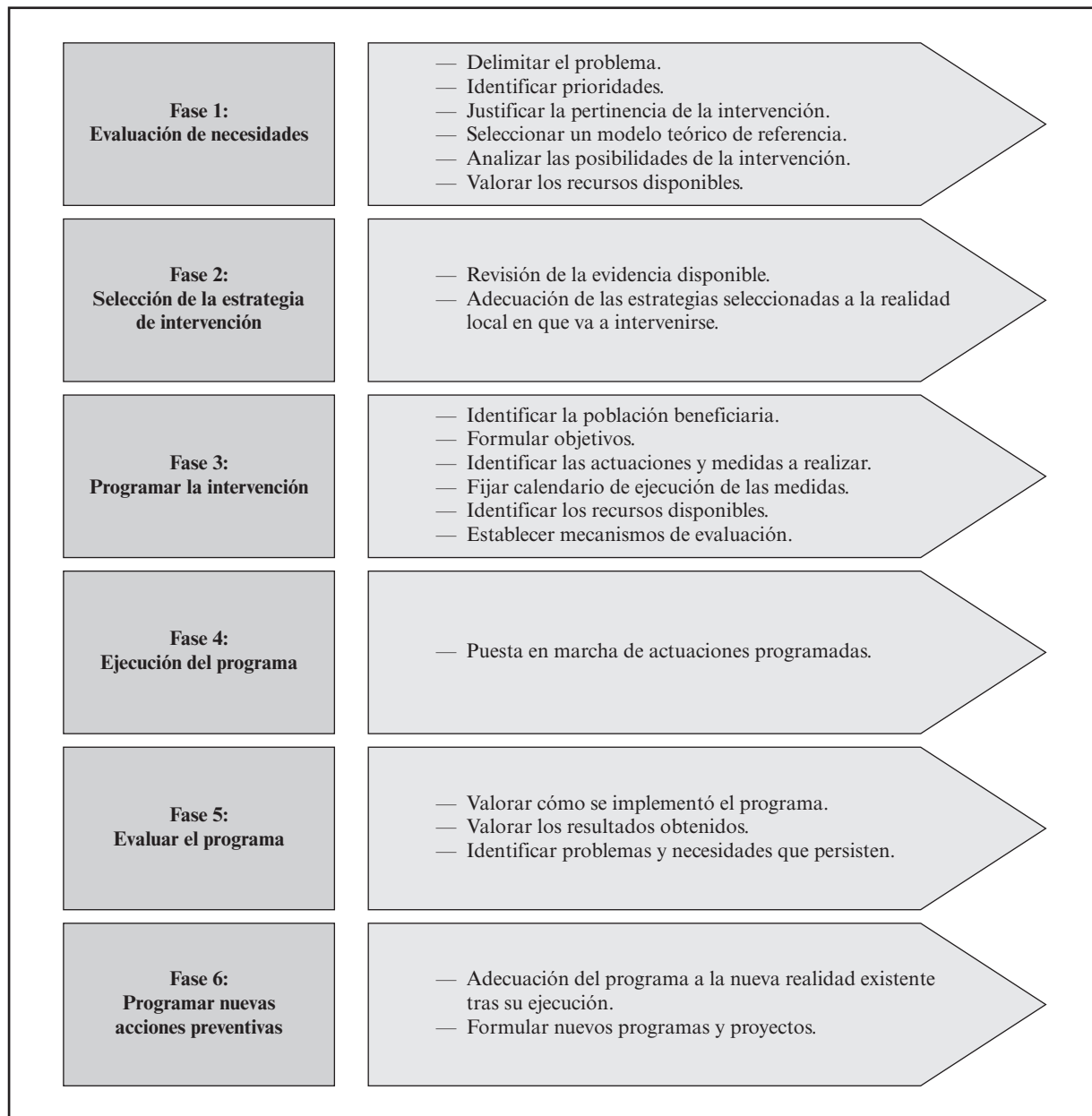


Figura 8.1. Fases de la planificación.

dades resulta de gran utilidad emplear indicadores que ayuden a determinar las situaciones de riesgo y/o carenciales, que más tarde pueden re-

sultar de ayuda para evaluar los resultados y el impacto de los programas de prevención (cuadro 8.1).

CUADRO 8.1
Procedimientos y técnicas para la evaluación de necesidades

Técnicas cualitativas	Técnicas cuantitativas
— Técnicas documentales (revisiones bibliográficas). — Consulta de fuentes secundarias. — Observación. — Entrevistas a informantes clave. — Métodos de consenso (grupos Dephi, grupos de discusión, paneles de expertos, foros, asambleas, etc.).	— Encuestas a poblaciones destinatarias de los programas (patrones de consumo, actitudes, exposición a factores de riesgo y protección, etc.). — Análisis de indicadores directos e indirectos (características del entorno en el que se pretende intervenir y de la población destinataria del programa, incidencia que sobre la población destinataria tienen diversos factores de riesgo y/o de protección asociados al consumo, indicadores relacionados con los patrones de consumo de drogas, las actitudes frente a las sustancias, los efectos, riesgos y daños producidos por las sustancias, indicadores sobre la presencia de otros problemas sociales vinculados con los consumos, etc.).

La selección del procedimiento y los métodos para realizar el estudio de necesidades dependerá de criterios tales como:

- El tipo de necesidades que se pretende identificar.
- Las estrategias preventivas que se pretende implementar.
- El nivel de conocimiento o familiaridad con los distintos procedimientos por parte de los profesionales responsables del programa.
- Los recursos económicos, técnicos y humanos disponibles (unos procedimientos son más baratos y asumibles que otros).
- Los plazos en los que se pretenda completar el proceso de evaluación de necesidades.

La detección de necesidades debe permitir cubrir los siguientes objetivos:

1. Definir el problema (cuál es el problema y qué importancia tiene en relación con otros problemas).
2. Determinar su magnitud (a quién afecta, cómo ha evolucionado, cuáles son sus perspectivas de futuro).

3. Conocer las características de la población que se beneficiaría de la intervención y la situación en la que la población destinataria del programa se encuentra en ese momento.
4. Identificar los recursos disponibles y los que serían necesarios para hacer frente al problema.
5. Ayudar a establecer las prioridades existentes en relación con el problema.
6. Adecuar el tipo de actividades que se van a desarrollar, los tiempos y su intensidad y duración a las características de la población destinataria y del propio contexto en el que se desarrolla el programa.

Es preciso tener en cuenta que la mera identificación de ciertos problemas no permite sin más el diseño de los programas de intervención. Existe un proceso previo entre la evaluación de necesidades y la programación denominado «diagnóstico de situación y establecimiento de prioridades».

Esta etapa implica formular un juicio interpretativo de los datos aportados por la evaluación de necesidades, señalando las asociaciones existentes entre distintas variables, a la vez que se jerarquizan los riesgos y necesidades observados

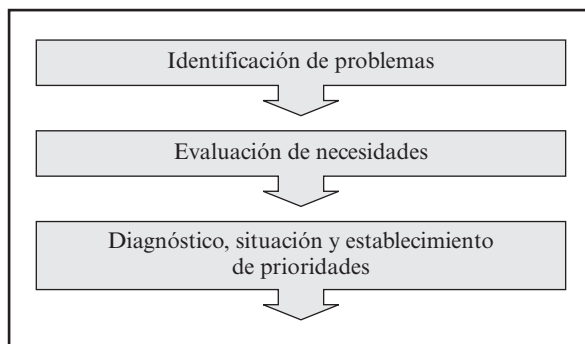


Figura 8.2.

entre la población beneficiaria de la intervención preventiva. Existen una serie de criterios (cuadro 8.2) que ayudan a establecer las prioridades de la intervención (Sánchez, 2001).

Para poder completar la evaluación de necesidades es preciso llevar a cabo los siguientes pasos:

1. Recopilar todos los datos disponibles que ayuden a definir los problemas existentes y su dimensión.
 - Seleccionar los indicadores que se va a utilizar para analizar y dimensionar los problemas y evaluar las necesidades existentes.
 - Identificar las fuentes de información disponibles.
 - Analizar todos los datos disponibles.

- Implementar mecanismos complementarios de recogida de información.

2. Identificar los factores de riesgo y protección que inciden sobre la población potencialmente beneficiaria de las intervenciones preventivas.
3. Interpretar los datos recogidos: analizar asociaciones entre variables y jerarquizar los riesgos que inciden en la población.
4. Establecer las prioridades que deben ser cubiertas con la intervención.
5. Justificar la necesidad de intervenir (justificación de la puesta en marcha del programa de prevención).
6. Seleccionar un modelo teórico que justifique los cambios que se pretende introducir con la intervención preventiva.
7. Analizar los límites y las posibilidades de intervenir sobre los problemas y necesidades detectados.
8. Valorar los recursos disponibles:

- Identificar los recursos humanos y materiales con que cuenta el equipo que en su caso asumiría el desarrollo del programa (recursos internos).
- Identificar los recursos externos que podrían implicarse en el desarrollo del programa.
- Analizar posibles mecanismos de coordinación.

CUADRO 8.2

Criterios a seguir para el establecimiento de prioridades

- La eficacia demostrada por determinado tipo de intervenciones.
- La viabilidad de alguna de las posibles alternativas.
- La oportunidad de la selección de algunos problemas o necesidades como objeto de la intervención.
- La actitud y posiciones de las diferentes instituciones, agentes sociales y la propia población potencialmente destinataria del programa respecto del problema y de sus posibles soluciones.
- El grado de consenso existente en relación con determinados problemas.
- La capacidad institucional/competencial para intervenir en el problema.
- Las recomendaciones que se derivan del modelo teórico que justifica la necesidad y la orientación que se desea dar a la intervención preventiva.

Debe destacarse que disponer de un modelo teórico de referencia es esencial para explicar e interpretar los problemas existentes y formular hipótesis de trabajo que permitan establecer cómo actuar para superarlos. Pero la existencia de modelo o teoría de referencia es relevante no sólo para poder completar de forma adecuada la evaluación de necesidades, sino también en la selección de las estrategias preventivas y a la hora

de establecer los contenidos de los programas de prevención.

Existen algunas revisiones de los principales modelos y teorías que sirven de base a los programas de prevención (Becoña, 1999) y que resultan de gran utilidad a la hora de seleccionar el modelo teórico que dé coherencia al conjunto de actuaciones previstas en los programas de prevención (cuadro 8.3).

CUADRO 8.3
Clasificación de las teorías y modelos explicativos

I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes: 1. Teorías y modelos biológicos. 2. Modelo de salud pública. 3. Teorías de aprendizaje. 4. Teorías actitud-conducta. 5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales. 6. Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico. 7. El modelo social de Peele. 8. Otros modelos teóricos.
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. Teoría del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al. 4. Teoría interaccional de Thomberry. 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: Tomado de Becoña, 1999.

2.2. Selección de la estrategia de intervención

Antes de proceder a diseñar el contenido de los planes o programas de prevención que se consideren adecuados para tratar de resolver los problemas y necesidades previamente detectados, es necesario elegir la estrategia o modelo de intervención.

Las estrategias o modelos de intervención serán seleccionados en función de las hipótesis barajadas para explicar los problemas detectados y las posibilidades para su superación. Se trata de que los programas de prevención a implementar para modificar los problemas tengan una apoyatura teórica y empírica que los justifique (Alvira, 2002). Dicho de otro modo, es preciso que exista una coherencia total entre las necesidades detectadas, la teoría que las explica y las estrategias aplicadas para satisfacerlas/superarlas.

La selección de la estrategia preventiva se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La existencia de estrategias que hayan demostrado su capacidad para resolver con éxito los problemas y necesidades sobre los que se pretende incidir.
- Las características del problema sobre el que se trata de incidir.
- Las necesidades detectadas.
- El tipo de población sobre el que se va a intervenir.
- Las características del contexto en el que se producirá la intervención.

Para elegir la estrategia de intervención preventiva es necesario seguir los siguientes pasos:

¿Qué se puede hacer?	→ Naturaleza del proyecto.
¿Por qué se quiere hacer?	→ Fundamentación.
¿Para qué se quiere hacer?	→ Objetivos.
¿Dónde se quiere hacer?	→ Localización.
¿Cómo se va a hacer?	→ Actividades, metodología y estrategia.
¿Cuándo se va a hacer?	→ Calendario.
¿Quiénes lo van a hacer?	→ Recursos humanos y mecanismos.
¿Con qué se va a hacer?	→ Recursos (materiales y financieros).

1. Realizar una revisión bibliográfica de la evidencia disponible sobre la eficacia demostrada por programas desarrollados por otras instituciones o equipos para abordar problemas y necesidades en colectivos y contextos similares a aquellos en las que se pretende intervenir.
2. Revisión de los catálogos de programas de prevención editados por distintas instituciones con objetivos similares a los que se pretende alcanzar con la planificación.
3. Identificar estrategias que han demostrado su efectividad y eficiencia.
4. Adecuación de las estrategias y programas de eficacia probada a la realidad local en que se pretende ponerlos en práctica.
5. Adaptación de los programas de referencia (prototipo de programa) adecuándolos a la cultura y características (género, nivel educativo, estatus económico, etc.) de la población destinataria.

2.3. Programación de la intervención

La programación es el proceso en base al cual se establecen las acciones a desarrollar y los medios necesarios para lograr unos objetivos o metas que hemos establecido de antemano. Dicho de otro modo, es el conjunto de procedimientos y técnicas para organizar y dar racionalidad a una serie de acciones con las que pretendemos alcanzar determinadas metas.

Programar es en esencia adoptar decisiones de tipo estratégico que implican dar respuesta a las siguientes cuestiones:

Habitualmente se fijan tres niveles diferenciados de programación en función del alcance de las intervenciones de las actuaciones a desarrollar:

- El plan, que hace referencia al conjunto de medidas para prever globalmente la acción e incluye la definición de los criterios políticos que lo orientan, las estrategias a impulsar, las áreas prioritarias de intervención y los recursos que se generan o movilizan para garantizar su éxito. Los planes se concretan o desarrollan en programas y proyectos (por ejemplo, Plan Municipal Sobre Drogas).
- El programa, que es la concreción de un plan a un determinado ámbito (prevención, tratamiento, etc.), sector geográfico, poblacional o funcional (por ejemplo, programa juvenil). Los programas incorporan un mayor grado de concreción respecto de los objetivos a cubrir y las actividades y acciones a llevar a cabo y suelen incluir diversos proyectos relacionados o coordinados entre sí.
- El proyecto, que supone la aplicación de un programa a unidades concretas y una referencia a un conjunto de actividades conectadas entre sí (por ejemplo, proyecto de generación de alternativas de ocio en el fin de semana).

La formulación de un programa exige que sean fácilmente identificables sus componentes y características, la población destinataria, los objetivos que se pretende alcanzar y las actuaciones previstas. Por tanto, un programa debe incluir necesariamente los siguientes elementos:

- Una breve **descripción de la situación inicial** que se desea modificar (habitualmente una síntesis de los resultados obtenidos en la evaluación de necesidades).
- Una breve **justificación del programa**.
- Una breve referencia al **modelo teórico en que se sustenta el programa**.

- La descripción de la **estrategia de intervención**.
- La descripción del **contexto de aplicación del programa** (escuela, familia, comunidad, etc.).
- La naturaleza del programa en función del nivel de riesgo al que está sometida la población destinataria.
- Descripción de la **población destinataria** del programa.
- Los **objetivos generales y específicos** que se persiguen.
- Las **actuaciones o actividades** que está previsto desarrollar para asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- El **calendario** previsto para la ejecución de las actividades y el cronograma general del programa.
- Los **componentes o contenidos** del programa.
- La **metodología** a seguir para la implementación del programa.
- Las **variables que trata de modificar** el programa.
- Los **recursos internos y externos** con que cuenta el programa, tanto humanos como materiales o financieros (inclusión del presupuesto disponible).
- Los **mecanismos e instrumentos previstos para evaluar el programa**, con especial referencia al tipo de indicadores a utilizar en la evaluación y a las fuentes y procedimientos que se emplearán para su medición previa y posterior a la ejecución del programa.

Hay algunos aspectos clave que merecen especial atención dentro del proceso de programación y que resultan determinantes para la eficacia de los programas:

1. Debe existir una relación lógica, adecuación o consistencia interna entre todos los elementos del programa:
 - La estrategia de intervención debe ser coherente con los objetivos.
 - Debe haber coherencia entre las necesidades detectadas y los objetivos propuestos.

- Debe existir coherencia entre la evaluación de necesidades, el modelo teórico y la estrategia de intervención.
 - Debe existir coherencia entre el modelo teórico, los objetivos propuestos y los componentes del programa.
 - Debe haber coherencia entre los objetivos y las actuaciones propuestas para su consecución.
 - Los recursos deben ser coherentes con las actuaciones previstas.
2. Respecto al establecimiento de objetivos, indicar que, además de referencias generales a los cambios que pretendemos conseguir (objetivos generales), deben formularse los objetivos operativos del programa o proyecto en cuestión. Los objetivos operativos deben reunir tres características básicas:
- Ser realistas (alcanzables con las acciones, recursos, la metodología y en plazos previstos).
 - Ser susceptibles de evaluación objetiva y precisa mediante un sistema de indicadores.
 - Ser pertinentes (tener una relación lógica con el problema a resolver).
3. Deberá potenciarse la participación de los diferentes agentes sociales en los procesos de planificación (miembros del equipo promotor del programa, instituciones implicadas en su ejecución, representantes de los colectivos destinatarios, etc.) como mecanismo para asegurarse un mayor grado de compromiso y colaboración con las actuaciones a desarrollar.

2.4. Ejecución del programa

Esta etapa supone la puesta en práctica del conjunto de acciones previamente programadas. De que el programa se implemente tal y como ha

sido diseñado dependerá en gran medida que sea capaz de lograr los objetivos previstos.

Suele ser frecuente que durante la ejecución de un programa aparezcan imprevistos o problemas no contemplados que obliguen a alterar el curso de lo programado. Por ello es importante disponer de un plan de contingencia que contemple distintas alternativas a las dificultades que pudieran surgir a lo largo de la implementación del programa. Si bien la programación no debe ser considerada un elemento rígido, inalterable, debe procurarse respetar al máximo.

El éxito de esta fase dependerá, fundamentalmente, de los siguientes aspectos:

- a) De que todo el equipo promotor del programa esté perfectamente informado de las actividades que van a ponerse en marcha, su calendario y las personas y/o entidades responsables de su ejecución.
- b) Debe contactarse con todas las instituciones, entidades, agentes sociales y mediadores que han mostrado su disposición a colaborar en el programa para confirmar su apoyo e informarles del calendario previsto para la ejecución de las distintas actividades.
- c) Deben estar claramente explicitadas las responsabilidades de las personas y entidades que participan en el programa.
- d) Los recursos humanos, materiales y financieros asignados al programa deben estar disponibles en el momento en que dé comienzo su ejecución.

2.5. Evaluación del programa

En esta fase se trata de poner en marcha los mecanismos previstos en el diseño del programa para evaluar algunos de sus aspectos y dimensiones. En lo fundamental, la evaluación persigue:

- Valorar cómo se implementó el programa.
- Valorar los resultados obtenidos con el programa.

- Identificar problemas y necesidades que persisten después de la ejecución del programa.

En el ámbito de la evaluación de procesos y resultados, la evaluación debe ser capaz de constatar las siguientes preguntas (Nida, 2004):

- ¿Cómo se llevó a cabo el programa?
- ¿Se realizó el programa según se planeó?
- ¿Cuánto del programa recibieron los participantes?
- ¿Qué se logró con el programa?
- ¿Hay alguna conexión entre la cantidad del programa recibido (la intensidad de la intervención) y los resultados?
- ¿Logró el programa lo esperado en el corto plazo?
- ¿Produjo el programa los efectos deseados a largo plazo?

Existen múltiples definiciones de la evaluación de programas, cada una de las cuales enfatiza en mayor o menor medida la finalidad que persigue, sus contenidos y la sistemática de su ejecución:

«La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa supone la recogida, análisis e interpretación sistemática de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Los datos recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si debe ampliarse o abandonarse» (Kröger et al., 1998).

«La evaluación es en lo esencial un juicio de valor respecto de diversos aspectos que afectan al desarrollo de una actividad o de un programa, que debe servirnos para introducir modificaciones que ayuden a perfeccionar programaciones futuras. La evaluación, por tanto, debe ser considerada una herramienta destinada al control de la realidad generada con la intervención, estando estrechamente vinculada a la planificación, puesto que le sirve de base (evaluación de necesidades) y de

instrumento de permanente actualización o progreso» (Sánchez, 1994).

«Procedimiento o conjunto de procedimientos que permiten estimar el valor de un programa, intervención, acción o política. Proceso que intenta determinar de forma sistemática y objetiva la relevancia, eficacia, efectividad o impacto de determinadas actividades a la luz de sus objetivos» (Alonso et al., 2004).

Existen diferentes tipologías o modalidades de evaluación (cuadro 8.4) en función de que el criterio utilizado para su clasificación sea la procedencia de los evaluadores, el momento en que se realiza o su contenido.

La elección del tipo de evaluación concreta que se aplicará a cada programa dependerá de factores tales como:

- Los recursos (humanos y financieros) disponibles. Las evaluaciones externas exigen contar con un presupuesto específico para acometer esta tarea, del mismo modo que la evaluación del impacto requerirá análisis más complejos y dilatados en el tiempo.
- El uso que vaya a darse a sus resultados. Si, por ejemplo, lo que se pretende es validar los resultados de un programa para estandarizar su implementación en poblaciones amplias (un programa de prevención escolar a implementar por los centros educativos de una comunidad autónoma), deberían evaluarse todos los posibles contenidos y contar con la colaboración de evaluadores externos.
- La naturaleza y objetivos del programa.

En base a su contenido, es posible distinguir los siguientes tipos de evaluación (Alvira, 1991; Sánchez, 1994):

- **Evaluación de necesidades.** Integra el conjunto de actividades dirigidas a conocer la naturaleza y extensión de los problemas en una comunidad o colectivo determinados y

CUADRO 8.4
Tipologías de evaluación

Criterio	Tipos de evaluación
Procedencia de los evaluadores	Evaluación interna. Evaluación externa.
Momento de su realización	a) Previa a la aplicación del programa: — Evaluación de necesidades. — Evaluación del diseño. b) Durante la aplicación del programa: — Evaluación del proceso/implementación. — Evaluación de la cobertura. c) Tras la ejecución del programa: — Evaluación de resultados. — Evaluación del impacto. — Evaluación de la eficiencia o económica.
Contenido de la evaluación	Evaluación de necesidades. Evaluación del diseño y/o conceptualización del programa. Evaluación de la implementación o proceso. Evaluación de la cobertura. Evaluación de resultados. Evaluación del impacto. Evaluación de la eficiencia/económica.

a establecer las prioridades existentes, con la intención de responder de manera adecuada a ellos. Sus hallazgos pueden utilizarse para implantar programas, establecer políticas o tomar decisiones de tipo presupuestario. Es esencial en la planificación de la acción preventiva, facilitando el proceso de toma de decisiones respecto a los recursos a movilizar para superar los problemas y necesidades existentes.

- **Evaluación del diseño y/o la conceptualización del programa.** Pretende señalar, mediante un análisis lógico, la existencia de problemas conceptuales en el programa en relación con el problema que se quiere solucionar.
- **Evaluación de la implementación o proceso.** Consiste en analizar si las actuaciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si, por el

contrario, se han producido divergencias entre el diseño y lo realizado. Su objetivo es conocer la instrumentalización del programa.

- **Evaluación de la cobertura.** Analiza si el programa está incidiendo o llegando a la población objeto de intervención (población diana) o si por el contrario se producen sesgos en la cobertura.
- **Evaluación de resultados.** Supone dar respuesta a una doble pregunta: ¿se están consiguiendo los resultados previstos?, ¿los resultados obtenidos pueden atribuirse con un grado de certidumbre razonable a la realización de las actividades previstas en el programa? Se orienta por tanto a verificar la existencia de una relación inequívoca entre las actuaciones que integran los programas y los resultados obtenidos.

- **Evaluación del impacto.** Establece los efectos producidos por la intervención, y no solamente los cambios obtenidos en relación a los objetivos propuestos, como hace la evaluación de resultados, de la que difiere tanto en sus contenidos como frecuentemente en la población a la que se le aplica. Si la evaluación de resultados mide las modificaciones inmediatas que un programa introduce en la población destinataria, la evaluación del impacto analiza los efectos acumulados del programa en otras poblaciones en el medio y largo plazos.
- **Evaluación económica (relación coste-beneficios).** Analiza la rentabilidad del conjunto de actividades que integran un programa. Para que sea viable, es preciso cuantificar todos los costes que ocasiona la ejecución del programa y así confrontarlos con los beneficios obtenidos.

Con el fin de simplificar y armonizar los procesos de evaluación de los programas de prevención, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías propone la siguiente tipología de evaluación, en función del momento de su realización:

- Evaluación de la planificación del programa (previa a la aplicación del programa).
- Evaluación del proceso (durante la aplicación del programa).
- Evaluación de los resultados (tras la ejecución del programa).

En la **evaluación de la planificación**, se establece el problema que hay que atender mediante el programa a desarrollar, valorando su magnitud, y se proyecta y diseña la intervención preventiva. Este tipo de evaluación, que incorpora los contenidos de la evaluación de necesidades y del diseño anteriormente descritos, incluye:

- La definición del problema/fenómeno que se quiere abordar.

- La necesidad de intervención preventiva.
- El grupo objetivo o población diana.
- Los objetivos perseguidos con la intervención.
- Las estrategias y métodos a utilizar (cómo se llevará a cabo la intervención).
- Los recursos disponibles a utilizar en la intervención.
- La planificación del modo en que se llevarán a cabo las evaluaciones de procesos y resultados, anticipando los procedimientos e indicadores a utilizar.

La **evaluación del proceso** describe cómo se ha desarrollado el programa y si se ha seguido el plan de implementación previsto. Determina el grado de fidelidad de los procedimientos seguidos en la ejecución del programa con respecto a lo planificado, permitiendo obtener una idea clara de lo que ha ocurrido realmente durante la intervención. La evaluación del proceso incluye:

- Verificar si todas las intervenciones preventivas programadas tuvieron o no lugar.
- Describir cómo se llevaron a cabo las intervenciones y si su diseño funcionó o no (detallar qué se ha hecho, con qué frecuencia e intensidad y por qué se adoptaron determinadas decisiones o cambios durante la implementación del programa).
- Comprobar a quién alcanzó la intervención (las características de los participantes y su nivel de participación) y si ésta ha llegado al grupo objetivo previsto.
- Valorar la calidad de la intervención en base a las reacciones y actitudes del grupo objetivo (satisfacción de los participantes y de los profesionales encargados de su ejecución, etc.).
- Analizar los resultados aportados por la evaluación del proceso, comparándolos con la planificación teórica y observando los puntos de convergencia y divergencia existentes para introducir mejoras en futuras intervenciones.

La **evaluación de resultados** tiene por objetivo valorar los efectos de una intervención, estableciendo si tras la aplicación del programa se han alcanzado los objetivos esperados, fijados al inicio del proceso de planificación.

Habiendo previsto en la fase de evaluación de la planificación cómo medir los resultados del programa, se aplicarán las estrategias planificadas, valorando si se han conseguido los objetivos perseguidos y mediante qué fuentes se ha obtenido esta información. La evaluación de los resultados permite establecer las conclusiones respecto de la intervención y las posibles mejoras futuras.

La evaluación de resultados incluye:

- La descripción del procedimiento previsto para medir el grado de cumplimiento de los resultados del programa.
- La descripción de cómo se ha realizado en la práctica la evaluación.
- La identificación de las fuentes y los procedimientos a través de los cuales se ha obtenido la información sobre los resultados.
- La descripción de los efectos de la intervención sobre el grupo objetivo (tanto en las conductas relacionadas con el consumo de drogas como sobre determinadas variables mediadoras).
- Los diferentes efectos que la intervención pueda tener entre los integrantes del grupo objetivo en función de variables como la edad, el sexo, etc.
- La redacción de un informe de resultados donde se detallen las principales conclusiones aportadas por la evaluación, relacionándolas con los resultados de otras evaluaciones.

Sea cual sea la modalidad de evaluación seleccionada, ésta debe reunir las siguientes características o propiedades:

- Ser objetiva (evalúa los hechos tal como son).
- Ser válida (mide de forma demostrable).
- Ser fiable.

- Ser oportuna (debe realizarse en el momento adecuado).
- Ser práctica (señalar hacia dónde deben reorientarse las acciones futuras).

Para facilitar la evaluación de los programas y que ésta pueda reunir estas propiedades es esencial **la utilización de indicadores**.

Un indicador es una medida estadística de un concepto o fenómeno o de una parte de éste que, basado en un análisis teórico previo e integrado en un sistema coherente de medidas semejantes, permite describir la situación de un fenómeno social concreto y la eficacia de las políticas aplicadas (Carmona, 1997). Los indicadores cumplen las siguientes funciones.

- a) Permiten describir fenómenos sociales de forma ordenada y coherente.
- b) Permiten comparar distintas realidades y conocer su evolución.
- c) Permiten evaluar la eficacia de las políticas y programas desarrollados para hacer frente a un determinado problema social o sanitario.
- d) Permiten establecer relaciones de causalidad entre determinados fenómenos.
- e) Tratan de controlar y anticipar cambios sociales.

En el proceso de selección o establecimiento de los indicadores que integran el proceso de evaluación de los programas de prevención es preciso tener en cuenta dos premisas básicas:

- Los indicadores se basan en un modelo teórico previo y concreto. En función de cuál sea el análisis teórico acerca de los factores asociados a los consumos de drogas y las drogodependencias y sus consecuencias, así deben ser los indicadores seleccionados.
- Los indicadores deben integrarse en un sistema de medidas semejantes y coherentes que permitan describir un fenómeno complejo como son los consumos de drogas y las drogodependencias.

CUADRO 8.5

Criterios que deben reunir los indicadores utilizados en la evaluación de los programas de prevención

Criterios técnicos — Fiabilidad (se obtienen los mismos resultados con diferentes ensayos). — Sensibilidad (permiten detectar la evolución de los fenómenos). — Especificidad (referidos a una dimensión concreta del fenómeno a analizar). — Comparabilidad.
Criterios de viabilidad — Sencillez. — Concisión. — Inteligibilidad. — Economía (obtenibles con un bajo coste o esfuerzo). — Disponibilidad (basados en datos e informaciones ya existentes). — Limitación en su número (utilizar pocos indicadores, los más esenciales y específicos posible).
Criterios relativos a su utilidad — Para que un indicador resulte de utilidad debe ser válido, relevante, actual, interpretable y orientado a las áreas o grupos con una mayor problemática o riesgo.

Sean cuales sean los indicadores propuestos para facilitar la evaluación de los programas de prevención, éstos deben reunir los siguientes requisitos (cuadro 8.5).

Los indicadores de proceso y de resultados pueden ser definidos del siguiente modo (Salvador, 2008):

- Un **indicador de proceso** es toda medida simple (unidimensional) que puede ser utilizada de forma directa para representar y medir si el programa se ha realizado de acuerdo con el plan de implementación previsto o si se ha modificado.

Se aplica a toda variable susceptible de ser medida directamente (números absolutos, porcentajes o tasas), que refleja la realización de las actividades de acuerdo con el formato previsto.

- Un **indicador de resultados** es toda medida simple que puede ser utilizada de forma directa para medir el cambio experimentado en un fenómeno, inicialmente descrito, tras la aplicación de un programa.

Se aplica a toda variable susceptible de ser medida directamente, que refleja el cambio entre la situación que inicialmente define a la población destinataria de un programa y la situación que la define tras su aplicación. Estos indicadores pueden centrarse en comparar los cambios observables en el grado, la intensidad o la frecuencia de uso de una droga o en otras variables relevantes para la prevención, como, por ejemplo, las modificaciones observables en los factores de riesgo o protección identificados al inicio del programa.

2.6. Reprogramación

Los resultados aportados por la evaluación, que deben quedar reflejados de forma sistemática en informes parciales o finales, permiten conocer los progresos y cambios introducidos tras la ejecución del programa, a la vez que identifican nuevas necesidades o aquellas que persisten tras la intervención.

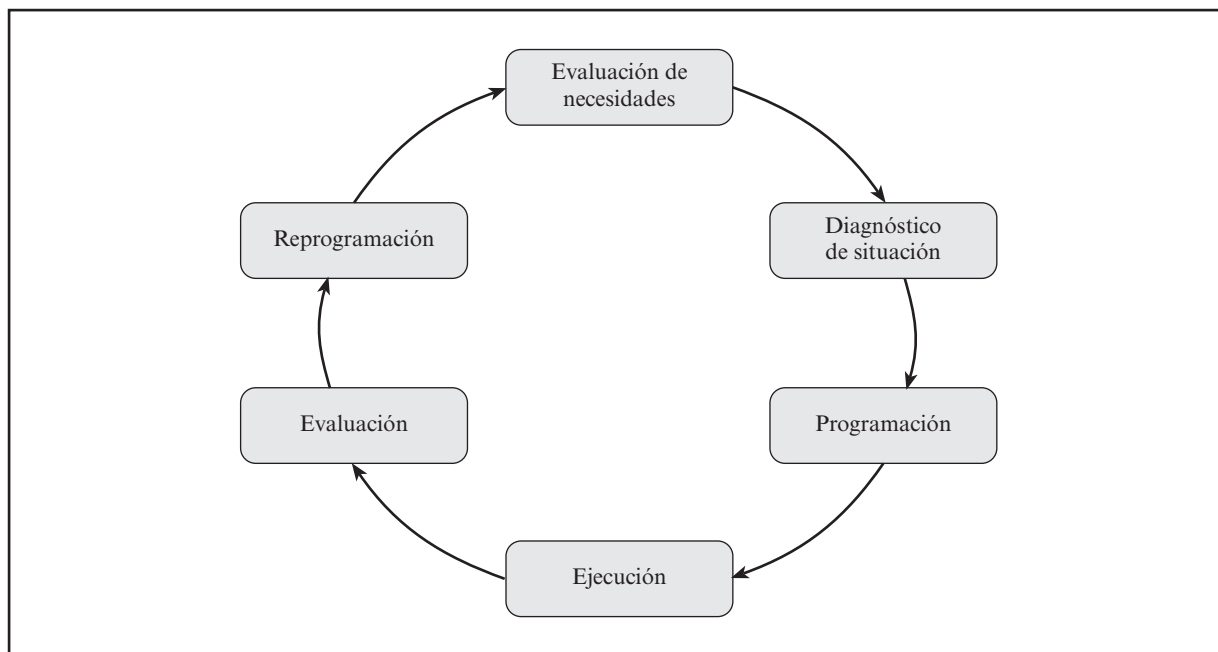


Figura 8.3. Ciclo de la planificación.

Por ello, habitualmente, una vez evaluado un programa, se incorporan cambios a su diseño con el doble objetivo de mejorar sus contenidos y de adaptarlos a una realidad que, al menos parcialmente, se ha modificado tras haberlo puesto en práctica.

Da así comienzo un proceso de elaboración de nuevos programas, o de ajuste/modificación de los ya existentes, con la finalidad de hacer frente a los problemas y necesidades (nuevas o antiguas) que todavía persisten en la población destinataria de las intervenciones preventivas.

3. LA RELEVANCIA DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La evaluación ha sido señalada como el motor de la ciencia (Bordens y Abbott, 1999) y constituye una herramienta esencial para la promoción de intervenciones preventivas basadas en eviden-

cias. Por ello, disponer de una evaluación integrada dentro de la planificación de las intervenciones preventivas es un elemento esencial para cualquier programa de calidad. Así pues, la evaluación es una fase central de la planificación que contribuye a la actualización y mejora permanente de las intervenciones a desarrollar en el marco de un programa o plan determinado.

Si bien tradicionalmente la evaluación se asocia con la verificación de los resultados obtenidos con una determinada intervención, cumple múltiples funciones:

- a) Ayuda a establecer la naturaleza y extensión de los problemas a los que deben hacer frente los programas de prevención y a identificar a la población diana que podría recibirlos (evaluación de la planificación).
- b) Permite comprobar si los programas se implementan en la práctica tal y como fueron diseñados (evaluación de procesos).

- c) Permite comprobar si las intervenciones están cubriendo los objetivos previstos y si son o no eficaces (evaluación de resultados), posibilitando al equipo responsable de la ejecución del programa introducir los cambios oportunos para mejorar su efectividad.

Además de los motivos expuestos, hay razones de tipo estratégico que aconsejan la práctica sistemática de la evaluación en el contexto de los programas de prevención, relacionadas con la necesidad de mejorar sus procedimientos técnicos y su soporte científico. La todavía breve historia de la prevención en drogodependencias hace que su bagaje científico-investigador sea todavía limitado, motivo por el cual resulta necesario normalizar su uso en todas las actuaciones preventivas implementadas. Sólo así será posible la inclusión de la prevención en el ámbito de las disciplinas que pueden ser medidas y verificadas, además de producir un cambio cultural entre el conjunto de las instituciones y los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias que marque el paso de la improvisación y la experimentación descontrolada a una fase más consciente y concreta. Ello ayudará sin duda a valorar el nivel de eficacia y de eficiencia de los programas y a incorporar procesos cada vez más rigurosos desde el punto de vista científico en el ámbito de la prevención (Tinarelli et al., 2000).

Precisamente, en esta línea vienen trabajando desde hace años distintas organizaciones internacionales, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Esta institución ha promovido diversas actuaciones para propiciar la aplicación de métodos de evaluación científicos en el campo de la prevención del consumo de drogas, a fin de mejorar la calidad de las intervenciones en este ámbito, entre las que destacan la elaboración de una *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias* (Kröger et al., 1998), la creación de un banco de datos sobre intervenciones preventivas desarrolladas en Europa, denominado Intercambio sobre Acciones de Reducción de la Demanda de Drogas (EDDRA), y de un Banco

de Instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas (BIP).

Es preciso recordar que la efectividad de los programas de prevención viene determinada, además de por factores relacionados con su diseño y contenidos (elección de un modelo teórico adecuado que aporte evidencias suficientes que avalen la capacidad de las estrategias y contenidos seleccionados para reducir la vulnerabilidad de la población frente a las drogas, intensidad de las intervenciones, etc.), por su propia capacidad para medir el impacto que provocan sobre la población diana. La elección de unos indicadores de evaluación y de unos instrumentos para la recogida de información adecuados es esencial a la hora de enjuiciar los resultados obtenidos por un determinado programa.

La selección de unos instrumentos adecuados para medir los cambios inducidos por la intervención es por tanto un elemento crítico en el diseño de la evaluación de resultados. Los instrumentos a utilizar deben ser sensibles (capaces de detectar todas las variaciones atribuibles al programa), fiables y válidos y contar con unos contenidos adaptados al programa objeto de evaluación, aportando información sobre las distintas dimensiones en las que pretende incidir a través de la intervención.

En el diseño de la evaluación de los programas de prevención debe hacerse un esfuerzo para evaluar todas aquellas dimensiones sobre las que pretende incidir un programa. No basta con centrar la evaluación de resultados en las variables directas que persigue modificar un programa determinado (por ejemplo, el nivel de experimentación con una sustancia concreta), sino que ésta debe ampliarse a la evaluación de todas las variables mediadoras sobre las que inciden los programas (por ejemplo, las habilidades de resistencia, autoestima, etc.).

4. LA COORDINACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Un aspecto esencial en el diseño de los programas de prevención de las drogodependencias

lo constituye la participación de los diferentes agentes implicados en su desarrollo. En gran medida, el éxito o eficacia de los programas preventivos dependerá de su capacidad para asegurar la implicación y colaboración de las instituciones, mediadores sociales, población destinataria, etc., en el desarrollo de las actuaciones previstas para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Teniendo en cuenta que los factores asociados al consumo de drogas y las drogodependencias son múltiples y de muy diversa naturaleza (relacionados con las características de las personas, las dinámicas familiares, las características concretas de las comunidades en las que se originan, los valores sociales dominantes, el sistema de creencias respecto a las drogas, la disponibilidad de las sustancias, las leyes y normas que regulan su tenencia, uso y venta, etc.), los programas de prevención suelen incluir actuaciones que afectan, generalmente, a muy distintos ámbitos y que requieren la colaboración de numerosos profesionales y agentes, adscritos a diferentes instituciones, recursos y entidades.

Por este motivo, en el marco de los programas preventivos debe potenciarse la participación de los diferentes actores afectados (integrantes del equipo promotor del programa, representantes institucionales y de entidades ciudadanas y hasta los propios colectivos destinatarios) en los procesos de planificación, como vía para asegurarse un mayor grado de compromiso y colaboración con las actuaciones a desarrollar. Una participación que debe organizarse y orientarse hacia el logro de una serie de objetivos comunes y que requiere una coordinación eficaz, tanto a nivel interno (entre los integrantes del propio equipo promotor del proyecto) como externo (con las instituciones y entidades colaboradoras).

El reto que se plantea al equipo promotor de un programa de prevención es doble. Por un lado, debe potenciar la participación de la población destinataria de las intervenciones preventivas, de las instituciones competentes en los ámbitos en los que incidirá el programa, así como de los agentes sociales y mediadores presentes en la co-

munidad en la que se va a intervenir. Por otro, debe ser capaz de canalizar y organizar esa participación de modo que facilite el logro de los objetivos perseguidos, propiciando sinergias que contribuyan a ampliar los recursos disponibles y a optimizar su uso.

Existen distintos niveles de participación y métodos de canalizarla:

1. La participación de la población destinataria del programa es crucial en el análisis de los problemas y necesidades existentes, en la formulación de diagnósticos y en el establecimiento de las prioridades de la intervención.

Dicha participación facilita su colaboración en la ejecución del programa y puede ser canalizada mediante: la aplicación de cuestionarios para conocer su posición frente a los problemas y sus prioridades, su incorporación a grupos de trabajo, su asistencia a asambleas y reuniones informativas, etc.

2. La participación de profesionales (de los servicios sociales, sanitarios, educativos, etcétera) y de otros agentes sociales que actúan en el ámbito geográfico y/o funcional en el que pretende incidir el programa debe ser propiciada por un equipo promotor. Esta participación debería producirse tanto en la fase de evaluación de necesidades como en la de diseño y ejecución del programa. Con ello no sólo se conseguirá una mayor colaboración y apoyo, sino que además facilitará que el programa pueda vincularse con otras iniciativas preventivas que ya están en marcha, reforzándose mutuamente.

La colaboración de estos profesionales puede canalizarse a través de entrevistas en profundidad, grupos y mesas de trabajo, foros, etc.

3. La participación de distintas instituciones y entidades (públicas y privadas) es crítica en la mayor parte de los programas de prevención, debido a que únicamente ellas

disponen de la capacidad para intervenir en determinados ámbitos (escuela, servicios de salud, etc.). Además, gran parte de la información necesaria para poder realizar la evaluación de necesidades procede de sistemas de información y registros estadísticos dependientes de diferentes administraciones.

Por estos motivos debe solicitarse y facilitarse la puesta en marcha de estructuras de colabora-

ción y coordinación institucional que permitan a las instituciones y entidades interesadas tener un papel activo en todas las fases del programa, desde la evaluación de necesidades hasta la evaluación de resultados.

En función de la naturaleza del programa y de la dimensión de los recursos movilizados, existen distintos mecanismos de coordinación, entre los que se incluyen: mesas técnicas de coordinación, comisiones de seguimiento interinstitucionales, consejos asesores, etc.

Estrategias en prevención

9

SONIA MONCADA

1. INTRODUCCIÓN

La prevención del consumo de drogas es un objetivo de las políticas de salud pública desde hace más de 40 años. A lo largo de su historia se han venido ensayando diferentes formas o estrategias para abordar el fenómeno a través de políticas y programas aplicados en diversos ámbitos de intervención. Estas estrategias han ido evolucionando con el paso del tiempo, gracias a los trabajos que han evaluado la eficacia, eficiencia y efectividad de los distintos programas aplicados. A pesar de que en comparación con la cantidad de intervenciones realizadas sólo una mínima parte se han evaluado con el necesario rigor, la experiencia acumulada nos permite hoy en día disponer de un cuerpo de conocimientos importante y nos facilita poder identificar las claves que hay que tener en cuenta para conseguir buenos resultados en la prevención del consumo de drogas y en la reducción de los daños asociados.

2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS?

Entendemos por estrategias de prevención el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir los factores de riesgo asociados al consumo y abuso de sustancias y a fortalecer los factores de protección frente a estas conductas. Estos factores

pueden agruparse en dos grandes bloques: unos se refieren a las condiciones de los ambientes o entornos en los que se producen dichos consumos, y otros, a las características de las personas, que determinan cómo se responde a dichos entornos.

De manera muy resumida podríamos decir que, en relación con los ambientes o entornos, la mayor o menor presencia de sustancias, la aceptación social de éstas, las presiones hacia su consumo (bien a través de su promoción, o de presiones más directas), en definitiva, el hecho de que el consumo de sustancias forme parte del ambiente social y cultural va a influir de manera notable en el nivel de consumo en una población determinada, aumentando fundamentalmente la probabilidad de experimentar con las drogas. Hay otros factores que aumentan el grado de riesgo ambiental y que tienen que ver con condiciones desfavorables de los entornos: el tráfico de drogas, la delincuencia, la desorganización social, las comunidades poco organizadas y con escasos vínculos entre sus miembros o con alta movilidad han sido descritos como especialmente vulnerables.

Las características personales tales como la capacidad para controlar las emociones, para tomar decisiones o para planificar las consecuencias de la conducta, por sólo nombrar algunas, son, entre otros, factores que determinarán una mayor o menor vulnerabilidad para desarrollar patrones de consumo problemáticos.

Las estrategias de prevención deben actuar a estos dos niveles: por un lado, tratando de modificar aquellas condiciones de riesgo de los entornos y, por otro, dotando a las personas de recursos y habilidades que ayuden a reducir sus condiciones de vulnerabilidad.

3. TIPOS DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Las estrategias preventivas pueden ser clasificadas en función de diversos parámetros, tales como el enfoque principal utilizado, el ámbito en el que se aplican o el grado de adaptación a la población destinataria.

Según este último criterio, las estrategias pueden estar más o menos adaptadas al perfil concreto de los destinatarios. A medida que se ajustan a dicho perfil son evidentemente más costosas, pero también más eficaces. En este sentido hablamos de tres niveles de prevención: universal, selectivo o indicado. Las estrategias universales son generalistas, es decir, se aplican a cualquier tipo de población sin considerar las características específicas de cada una de ellas. Las estrategias selectivas son aquellas que se ajustan a las condiciones de una población determinada en función de su perfil específico de riesgo, tomando como base la población o el grupo objetivo en su conjunto; las estrategias indicadas se ajustan al perfil de riesgo de cada uno de los individuos con los que se trabaja; es, por así decirlo, como un traje a medida de la persona. La elección de uno u otro tipo de estrategia viene determinada, además de por criterios políticos (se puede priorizar el trabajo con los grupos vulnerables frente a la prevención más generalista), por criterios de coste-efectividad. Siguiendo este criterio, parece recomendable aplicar estrategias universales para aquellos problemas que están más extendidos entre la población, y viceversa: para aquellas problemáticas de menor prevalencia puede ser más adecuado optar por medidas de prevención selectiva e indicada.

Estrategias en función del grado de adaptación a los **destinatarios**:

- Universales.
- Selectivas.
- Indicadas.

Otra clasificación bastante frecuente es aquella que utiliza como criterio el **enfoque principal de la intervención**, que tiene que ver con el factor prioritario de riesgo identificado. Según esto, podemos distinguir los siguientes tipos de intervención preventiva:

- Informativas y de sensibilización.
- Educativas.
- Generación de alternativas.
- De protección y control.
- De reducción de riesgos.

El objetivo de la estrategia informativa es aumentar la cantidad y calidad de la información sobre las sustancias, y se basa en la idea de que los conocimientos y la información de los que disponen las personas en relación con las drogas conforman sus actitudes e influyen en su percepción del riesgo asociado a su consumo. La mayoría de los modelos teóricos en prevención incluyen esta variable dentro de los elementos que influyen en la conducta de consumo. Por ello, aumentar la cantidad y calidad de la información es un objetivo básico de muchos programas de prevención. A veces es un elemento más dentro de estos programas, como, por ejemplo, en el caso de programas escolares; en otros casos es su elemento central, como ocurre en las campañas de sensibilización realizadas en los medios de comunicación. La información puede ser dirigida a los individuos o a la sociedad en su conjunto, en función del tipo de programa que se desarrolle. Es una estrategia clásica dentro del ámbito de la prevención de las drogodependencias, y su valor y sus limitaciones son hoy bien conocidos.

La estrategia educativa persigue el desarrollo de capacidades y habilidades básicas en la pobla-

ción destinataria de los programas, entendiendo que la conducta del consumo está influida por una serie de características personales que colocan a los individuos en situaciones de mayor o menor vulnerabilidad: la vulnerabilidad frente a las presiones externas, la falta de autoestima, la carencia de habilidades de afrontamiento ante situaciones conflictivas, los déficit para manejar las propias emociones o la necesidad de buscar nuevas sensaciones serían algunas de las características personales que estas estrategias tratan de abordar. Estos aspectos también han sido citados por muchas teorías como factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas y otras conductas problemáticas, como pueden ser la delincuencia o el fracaso escolar. Los objetivos de las intervenciones basadas en la estrategia educativa se centran en el aprendizaje de habilidades y recursos personales que disminuyan la vulnerabilidad individual frente al consumo. A veces están dirigidas a los menores y jóvenes; en otros casos, a los agentes educativos que les influyen, especialmente a los padres. Los objetivos de las intervenciones educativas son distintos en función del colectivo al que se dirigen. Cuando se trabaja con los menores y jóvenes, su objetivo es el desarrollo de habilidades como la toma de decisiones, la resolución de problemas, las habilidades sociales, el desarrollo de la autoestima o las habilidades de afrontamiento de la ansiedad y el estrés o el autocontrol emocional; cuando se dirigen a los agentes educativos, especialmente a los padres, sus contenidos se centran, por una parte, en desarrollar habilidades para educar a sus hijos (como establecer una buena comunicación, como poner límites y normas a las conductas de sus hijos, como hablar de drogas con ellos, etc.), y, por otra, en promover factores de protección en sus hijos: que sean asertivos, que tengan buena autoestima, que sepan tomar decisiones racionales. Estas estrategias suelen desarrollarse en programas educativos en el ámbito escolar o comunitario y van dirigidas a modificar la conducta individual.

Las estrategias de generación de alternativas tratan de ofrecer actividades de ocupación del

tiempo libre alternativas y a la vez incompatibles con el uso de drogas, entendiendo que una de las motivaciones del consumo de estas sustancias es la diversión y la experimentación de nuevas sensaciones. Estos aspectos suelen aparecer como las motivaciones más importantes para el uso de drogas, especialmente en las últimas décadas, en las que el consumo de sustancias se ha generalizado entre la población juvenil y ha dejado de ser un fenómeno marginal para convertirse en otro cada vez más normalizado. Además de esto, la literatura ha identificado algunos grupos especialmente vulnerables a este tipo de motivos, como son los llamados «buscadores de sensaciones», para quienes las drogas suponen una forma de canalizar esta necesidad proveniente de sus especiales características de personalidad. Este tipo de estrategia suele aplicarse en los llamados programas de ocio alternativo.

Las estrategias de protección y control engloban todo tipo de medidas legales y/o normativas que buscan reducir la promoción de las drogas o su accesibilidad y disponibilidad. Este tipo de medidas pueden ser muy diferentes en función de la situación legal de las sustancias. Cuando hablamos de las drogas legales, se trataría de medidas normativas y económicas de regulación del mercado y de sus productos. Cuando hablamos de drogas ilegales, se centran en el control de la oferta mediante la interdicción de los mercados de drogas ilegales. Es una estrategia con una larga trayectoria en el campo de la prevención.

La estrategia de reducción de riesgos incluye aquellas medidas que no van enfocadas a evitar el consumo de sustancias pero sí a minimizar sus posibles consecuencias negativas, y se suelen dirigir a personas que ya son consumidoras. Entre ellas hay que considerar medidas como la formación para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas o los programas del «conductor designado» para la prevención de accidentes de tráfico (un miembro del grupo de iguales que no bebe o lo hace dentro de los límites legales para la conducción durante las noches de salida), la promo-

ción del transporte alternativo (autobuses «búhos» en zonas de ocio nocturno) o los análisis de drogas que permiten verificar la composición de éstas y orientar a los usuarios sobre los riesgos de su consumo.

Por último, las estrategias anteriores se materializan en programas que son aplicados en diferentes **ámbitos o entornos de intervención**. A lo largo de la historia de la prevención el número y tipo de entornos en los que se aplican programas han ido aumentando, pero los más relevantes son los siguientes:

- Prevención escolar.
- Prevención familiar.
- Prevención laboral.
- Prevención desde los medios de comunicación.
- Prevención comunitaria.
- Prevención ambiental.

En la práctica es difícil que las acciones de prevención contemplen un solo tipo de estrategia. Algunas de las intervenciones aplican estrategias más o menos «puras», por ejemplo, las campañas utilizan casi exclusivamente una estrategia informativa o las medidas legales, encuadradas dentro de las estrategias de protección y control, que se aplican en muchas ocasiones como medidas aisladas, pero en la mayoría de los casos suelen combinarse varias de ellas dentro de un mismo programa; es el caso, por ejemplo, de los programas escolares, que incluyen información pero también habilidades y que por tanto combinarían estrategias informativas y educativas, o de los programas comunitarios en los que se suelen combinar diferentes tipos de estrategias, informativas, educativas, de generación de alternativas, etc. De hecho la utilización de diferentes estrategias de forma combinada es sin duda una de las claves de una prevención de calidad, porque las medidas aisladas tienen resultados limitados; sin embargo, cuando éstas combinan diferentes programas aplicados en un mismo territorio, se consiguen sinergias que multiplican los efectos positivos de los mismos.

4. LA EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS: DIFERENTE NIVEL DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA

Evaluar las medidas y los programas de prevención de las drogodependencias no es sencillo. En primer lugar, por la complejidad del fenómeno a abordar: como ya sabemos, las causas del consumo no son simples, y se ha identificado una gran cantidad de factores que influyen de manera directa o indirecta en el consumo. Por esta razón, cuando se pone en marcha un programa de prevención, se intenta abordar la mayor cantidad posible de estos factores, pero es difícil abarcarlos todos. Además de eso, resulta muy complicado que al evaluar se controlen todas y cada una de las variables que pueden influir en los resultados del programa. Hay siempre muchas cuestiones que se pueden escapar de nuestro control y que pueden explicar en parte los resultados de nuestras intervenciones.

En segundo lugar, cuando aplicamos un programa de prevención no solemos hacerlo en un medio idóneo para la evaluación, completamente controlado, sino en una realidad en la que se producen numerosos cambios e influencias de manera constante. En estas situaciones es difícil poder utilizar modelos de investigación potentes, como en el caso de los estudios realizados en laboratorios en los que el control de las diferentes variables es posible.

Por eso es necesario tener en cuenta la diferente calidad de la evidencia cuando hablamos de la eficacia, efectividad y eficiencia de las diferentes estrategias de prevención. Dicha calidad depende por un lado del tipo de diseño de evaluación que estemos utilizando y, por otro, de la calidad de la evaluación realizada en la práctica.

Algunos autores ordenan los diferentes tipos de estudios según la calidad de la evidencia que proporcionan en la siguiente clasificación:

- Estudios observacionales: pueden sugerir el impacto de ciertos cambios naturales que ocurren en el entorno. Este tipo de estudios no puede asegurar que los cambios

no se deban a otras variables no controladas que afecten a las que tratamos de analizar. Un ejemplo de ellos son los estudios que relacionan los cambios en percepción del riesgo y consumo de drogas, por ejemplo en las encuestas sobre drogas.

- Experimentos naturales: analizan los efectos de una determinada medida en el consumo de sustancias, por ejemplo, el aumento de las tasas o del precio de las drogas legales o los efectos de la normativa de limitación de la publicidad en las tendencias de consumo. Estos estudios tampoco pueden asegurar que no existan razones externas que estén afectando a los resultados.
- Estudios de eficacia: son estudios de evaluación en los que las variables intervinientes son fuertemente controladas por los investigadores: se incluirían en este apartado los estudios con diseño experimentales (muy poco comunes en el caso de la prevención) o cuasi experimentales, en los que hay un grupo sobre el que se aplica el programa (grupo de intervención) y otro sobre el que no se realiza ninguna intervención y con el que se le compara (grupo de control); además, se realizan varias medidas de las variables sobre las que actúa el programa, tanto antes como después de la intervención. La calidad de la evidencia de

estos programas ha sido también graduada, según la cantidad de estudios que avalan los resultados de una intervención y su calidad.

- Estudios de efectividad: se centran en analizar la implementación de los programas, una vez demostrada su eficacia. Tratan de conocer bajo qué circunstancias los programas funcionan mejor y sirven para generalizar los resultados. En el caso de los programas de prevención, este tipo de estudios es de gran relevancia ya que programas o incluso medidas políticas que han demostrado ser muy adecuados en un entorno fracasan cuando son aplicados en otro de características diferentes.

Incluso, ya situándonos dentro de los tipos de estudios más potentes (de eficacia y efectividad), hay muchos problemas metodológicos que influyen en la calidad de la evaluación y por tanto limitan la fiabilidad y validez de los resultados. Por ejemplo, no siempre es posible disponer de grupos de tratamiento y de control, o, cuando lo es, no se les puede asignar de manera aleatoria a la condición de tratamiento o control, o hay muchas diferencias previas entre ambos grupos antes de las intervenciones; suele haber una alta mortalidad de la muestra, porque se pierden muchos sujetos durante la intervención; a veces es difícil poder realizar evaluaciones pre y post. En

CUADRO 9.1

Principales problemas metodológicos relativos a la evaluación

- Grupos de tratamiento y control: no siempre se dispone de ellos.
- Tamaño de la muestra: las muestras son insuficientes.
- Randomización: los sujetos no son asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento y control.
- Atrición: pérdida de sujetos entre el pre y el post. Se considera que debe mantenerse al menos el 77 por 100 de la muestra.
- Pre-post: no siempre se cuenta con medidas pre y post.
- Validez y fiabilidad de las medidas.
- Grado de implementación: se considera que un nivel de implementación adecuado estaría entre el 60-80 por 100 del programa. Afecta tanto al contenido como al método de aplicación.
- Seguimiento: no siempre se estudian los efectos de los programas en el medio y largo plazos.

otros casos resulta complicado poder aplicar el programa tal y como se había diseñado, etc.

A pesar de todas las limitaciones, el campo de la prevención ha avanzado enormemente en las últimas décadas y hoy es posible determinar qué tipo de estrategias o medidas tienen resultados positivos y cuáles son las características que deben cumplir los programas para ser eficaces. De hecho existen en la literatura una cierta cantidad de publicaciones de organismos internacionales que contienen recomendaciones sobre ello.

5. LA EVIDENCIA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Como hemos visto, en el campo de la prevención han sido ensayadas una gran cantidad de formas de intervención, basadas en estrategias de distinto tipo que son aplicadas en diversos ámbitos, tales como la escuela, la familia, los medios de comunicación, la comunidad, etc.

Aunque como sabemos sólo una mínima parte de las intervenciones cumplen con los requisitos metodológicos necesarios para extraer conclusiones válidas sobre sus resultados, la literatura científica sobre prevención ha avanzado en los últimos tiempos y cada vez conocemos más sobre las características de los programas eficaces y sobre las claves que hacen que lo sean. Revisaremos las principales conclusiones sobre la efectividad de algunos tipos de programas, centrándonos en aquellos destinados a la prevención universal, es decir, los dirigidos a toda la población, independientemente de su perfil y nivel de riesgo. Incluiremos aquí las campañas en medios de comunicación, los programas comunitarios, los escolares, las medidas de prevención ambiental y los programas de ocio alternativo.

5.1. Las campañas de prevención de las drogodependencias

Las campañas en medios de comunicación han sido una de las estrategias más populares

puestas en marcha para la prevención de las drogodependencias, tanto referidas a las drogas legales como a las ilegales. El apoyo político a estas medidas, dada la importante visibilidad pública y su aceptación popular, ha hecho que sean unas de las más utilizadas en el campo de la prevención, tanto de manera aislada como en conjunción con otras medidas. Y ello a pesar de que la evidencia sobre su efectividad no está del todo clara.

Se enmarcan dentro de las estrategias informativas y su objetivo es influir en la tendencia normal en la información disponible sobre un tópico en una sociedad determinada. Parten de la idea de que los cambios de conducta requieren información correcta y reducción de errores informativos que pueden anular los efectos de nuestros mensajes.

Actúan de dos maneras: aumentando la cantidad de información disponible en el tema de interés y haciendo relevante el tema para los individuos y para la sociedad, atrayendo la atención del público hacia dicho problema y ofreciendo soluciones.

Entran dentro de las llamadas «estrategias de marketing social» (MS), que puede ser definido como la adaptación de las técnicas comerciales del marketing al análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en las conductas voluntarias de la población destinataria con el fin de promover el bienestar personal y social.

Al igual que las campañas de marketing tradicional, ambas se centran en el consumidor, aunque en lugar de productos el MS vende información sobre la salud, y sus riesgos y en muchos casos las conductas que trata de modificar son reforzantes para el individuo, lo que agrega dificultad. En ambas se estudia la audiencia y luego se diseña un mensaje ajustado a sus necesidades y percepciones, información, actitudes, conductas, valores, edad, género, cultura, aspectos socioeconómicos, etc., aunque en el marketing social puede haber múltiples audiencias (por ejemplo, podemos dirigirnos a los jóvenes y a sus padres).

En comparación con la gran cantidad de campañas realizadas, tan sólo una pequeña parte han evaluado adecuadamente su impacto en la reducción del consumo de sustancias, por un lado debido a la dificultad intrínseca de hacerlo y, por otro, al alto coste económico que implica hacerlo.

A pesar de ello, las campañas han demostrado que son efectivas al menos en dos cuestiones: por un lado aumentan el nivel de información de la población sobre las sustancias y su consumo. Por otro, sensibilizan sobre el problema y en la medida en que lo hacen son útiles para apoyar medidas políticas de prevención que en otros casos no serían bien acogidas por la población. El grado en que sirven para prevenir la conducta de consumo es mucho más cuestionable, y hay ejemplos positivos (sobre todo relacionados con el tabaco) y negativos, en los que la evaluación ha puesto de manifiesto un aumento del consumo asociado a la exposición a una campaña.

Hay que tener en cuenta que las campañas compiten con otro tipo de información en un mercado que ya de por sí está saturado de ella. En muchas ocasiones —especialmente respecto a las drogas legales— la población está expuesta a otro tipo de informaciones promovidas por la publicidad de estos productos, que representan una influencia negativa que puede reducir, e incluso anular, los efectos de los mensajes preventivos. De hecho, la investigación ha demostrado que la valoración positiva de los anuncios promocionales de alcohol está asociada con las intenciones de beber y con el abuso de alcohol en el futuro y

también que esta tendencia es más clara en varones que en mujeres. En otros casos las campañas masivas pueden transmitir mensajes erróneos a la población, por ejemplo pueden «normalizar» una conducta transmitiendo la idea de que todo el mundo lo hace, lo cual es en sí mismo contrapreventivo.

No obstante, la investigación ha podido identificar una serie de claves de su efectividad y se ha podido demostrar que sus resultados dependen de múltiples aspectos, tales como la sustancia abordada, el contenido de la campaña (mensaje, formato, tono), la adecuada selección de la audiencia o el plan de medios utilizado (canales empleados, tiempo de permanencia de la campaña, etc.).

Entre las principales conclusiones de la investigación hay que destacar las siguientes:

Se ha demostrado que es importante que las campañas no se desarrollen de manera aislada, sino que sean parte de un arsenal de medidas y programas de prevención: las campañas de prevención, cuando se desarrollan en conjunción con otras medidas preventivas que refuercen sus mensajes y que permitan profundizar en ellos, mediante, por ejemplo, programas escolares o comunitarios, son más efectivas para cambiar actitudes e incluso conductas relacionadas con el uso de drogas que cuando se desarrollan de manera aislada. El uso de los medios de comunicación debe ser visto como una parte de una estrategia sistemática de prevención que promueva cambios en los factores de riesgo sociales relacionados con el uso de sustancias (accesibilidad, disponibi-

CUADRO 9.2

Campañas de prevención

- Grupo diana bien definido.
- Evaluación fomativa que permita mejorar el conocimiento sobre la audiencia.
- Evaluación del diseño de los materiales de la campaña: pretesting.
- Uso de mensajes que se basen en el conocimiento que tiene la población del asunto y que satisfagan necesidades y motivaciones preexistentes.
- Dirigir los mensajes a la información y creencias que impiden la adopción de la conducta deseada.
- Plan de medios que garantice la exposición a la campaña.
- Continuidad en el tiempo.

lidad, promoción, aceptación social y percepción del riesgo). Por tanto, las campañas deben acompañarse de otros programas, escolares y comunitarios, y de otras medidas de prevención ambiental.

Un elemento clave a la hora de diseñar las campañas es el que se refiere a la *selección de las audiencias* a las que vamos a dirigir los mensajes: es importante haberlas definido bien, conocer sus características y comprender sus actitudes y conocimientos en relación con el tópico que tratamos de abordar. Para ello es necesario realizar una investigación formativa y pretestar los materiales que vayamos a utilizar.

En cuanto al *tipo de población* a la que dirigirse, no está claro que los jóvenes sean siempre la mejor opción, ya que hay importantes casos de campañas centradas en este colectivo cuyos resultados son los contrarios a los pretendidos. Un buen ejemplo de ello es la reciente campaña de prevención estadounidense *National Anty-drug Media Campaign*, desarrollada entre 1998 y 2004; se trata de una de las campañas mejor dotadas económicamente y mejor fundamentadas, planificadas y ejecutadas de la historia de la prevención; sin embargo, los resultados de su evaluación pusieron en evidencia que no sólo no conseguía reducir el consumo de sustancias (especialmente el cannabis, que fue el centro de atención durante los últimos años de la campaña) sino que en algunos sectores de poblaciones

de jóvenes el efecto era el contrario: el consumo aumentaba.

El *mensaje* es el aspecto central de las campañas. En este sentido hay que decir que el tipo de mensaje utilizado tiene que adaptarse a la población destinataria y debe ser construido sobre los conocimientos previos de la población, satisfaciendo necesidades y motivaciones preexistentes. Pero además de esto, no todos los mensajes son igual de eficaces en función de la audiencia a la que nos dirigimos.

En este sentido, la investigación parece indicar que la comprensión del mensaje, su credibilidad y su relevancia para la población destinataria son claves importantes que hay que tener en cuenta. Una de las formas de garantizar estos aspectos es pretestar dichos mensajes con muestras adecuadas de la población destinataria.

De entre todos los tipos de mensaje que han sido incluidos en las campañas preventivas los que parecen tener más impacto son aquellos que hacen referencia a las consecuencias para la salud, las consecuencias legales y los mensajes anti-industria en los que se ponen de manifiesto las tácticas engañosas de la publicidad para vender sus productos a pesar de los riesgos que acarrea su consumo.

Diferentes *tonos* del mensaje han sido utilizados como medio para influir en los destinatarios, tales como el recurso al miedo, el moralista, el humor o la afectividad, con diferentes resultados.

CUADRO 9.3

Contenidos de los mensajes sobre drogas

- Consecuencias para la salud en el corto y largo plazos: aspiracionales, físicas, mentales, relacionales, desaprobación de padres, estudios.
- Variables psicosociales: influencias sociales, presiones, habilidades, normas sociales e imagen social, estigmatización de la conducta: beber y conducir, fumador pasivo.
- Consecuencias legales: arresto, multas, etc.
- Autolesión o lesión a otros.
- Promoción de conductas alternativas: consumo responsable/abstinencia, moderación, conductor designado.
- Actitudes hacia el consumo hijos: percepción del riesgo.
- Habilidades parentales: comunicación con los hijos, establecimiento de normas y límites en la familia, etc.
- Supervisión parental.

CUADRO 9.4

Claves de los mensajes

- Claro (lenguaje, imágenes, etc.).
- Creíble (para algunas audiencias es básico).
- Consistente (diferentes mensajes de la campaña entre sí, con los objetivos de la campaña, etc.).
- Que capte la atención.
- Persuasivo.
- Que sugiera acciones.
- Personalmente relevante.
- Adaptado culturalmente.
- Uso apropiado del lenguaje.
- Difundido por los canales adecuados a la audiencia y al mensaje.
- Diversidad de formatos.
- Pretestados.

En el caso del recurso al miedo, se trata de una táctica que puede ser efectiva siempre y cuando sea de un nivel medio de intensidad (demasiado provoca rechazo, demasiado poco no impacta) y el contenido del mensaje resulte creíble. Además, parece más efectivo entre los no consumidores que entre los que ya lo son. El tono moralista provoca fuerte rechazo, y en el caso del humor, aunque atrae, es poco eficaz para impactar en actitudes y conductas. Sin embargo, el tono emocional, especialmente en el caso de audiencias jóvenes, es de entre todos ellos el más efectivo.

Por último, *el plan de medios* es otro de los factores relevantes. En este sentido hay dos aspectos fundamentales: por una parte, necesitamos conocer y utilizar los canales preferentes de nuestra audiencia y, por otra, hemos de conseguir una exposición suficiente al mensaje que favorezca los cambios en las actitudes y los comportamientos. Algunos autores llegan incluso a hacer una estimación del tiempo necesario que un mensaje debe ser expuesto para conseguir dichos cambios.

5.2. Los programas comunitarios

El término «comunitario» engloba dos significados; el primero de ellos se refiere al espacio fi-

sico: sería el lugar en el que se aplican este tipo de programas, que es el barrio o zona geográfica limitada, determinada por la conciencia de unidad entre los ciudadanos que la comparten y la posibilidad de contacto físico directo entre ellos, es decir, la posibilidad de establecer redes sociales. Por otra parte se referiría a la metodología de intervención, básicamente participativa, en la que son los propios individuos de la comunidad los que se implican en las acciones preventivas, que se desarrollan en su entorno; son agentes activos en ellas, aunque generalmente implican el partenariatado entre organismo públicos (agencias de salud, sistema educativo, de justicia, policial, etc.) y organizaciones comunitarias.

Están basados en la idea de que la conducta de consumo de sustancias no es sólo individual, sino que está influida por factores del entorno cercano al sujeto. Incluyen una amplia gama de actuaciones que van desde la movilización ciudadana para reducir la oferta de drogas hasta la formación de mediadores, el apoyo comunitario a medidas legales, la dinamización de la propia comunidad para generar alternativas, etc.

Este tipo de intervenciones han sido rara vez evaluadas, porque no suelen cumplir unos mínimos requisitos metodológicos que permitan incluirlas en revisiones de calidad. Por ello hay pocos datos fiables acerca de su efectividad como estrategia de prevención. Pero a pesar de esto

existen algunas recomendaciones sobre las características que deben cumplir este tipo de programas:

- La iniciativa debe «pertener» a la comunidad, que debe sentirla como suya para implicarse realmente en ella. Para ello es necesario que personas clave de la comunidad estén implicadas desde los inicios del programa.
- El tipo de comunidad en la que desarrollar los programas debe tener un cierto nivel de organización previa; aquellas comunidades caracterizadas por la escasez de vínculos sociales, con alta movilidad y con pocos recursos comunitarios, responden peor a este tipo de iniciativas, aunque por otro lado son también las que más los necesitan, porque están identificadas como de mayor riesgo.
- Es necesaria la capacitación de los miembros de la comunidad para la planificación de proyectos comunitarios y para su implementación adecuada, que debe contemplar la colaboración entre las organizaciones sociales y gubernamentales de la zona en la que se aplican.
- Es necesario garantizar la sostenibilidad de las acciones en el tiempo mediante la institucionalización de las iniciativas puestas en marcha.
- La flexibilidad en cuanto a métodos y objetivos es un elemento crucial; es necesario dar tiempo a la comunidad para organizarse, para negociar, para diseñar sus estrategias; también es importante aplicar estrategias de solución de los conflictos que puedan surgir debido a la diferente percepción de los problemas y de sus soluciones que pueden tener los profesionales y la población.
- Hay que proveer feedback continuo sobre los avances a la comunidad en la que se trabaja y modificar lo necesario a medida que se evalúa el proceso de implementación.

5.3. Prevención ambiental: las estrategias de protección y control

Uno de los principales objetivos de la prevención consiste en reducir la presencia de las drogas en el entorno, limitando su accesibilidad y disponibilidad y controlando su promoción, especialmente entre los menores de edad. Estos aspectos son, como sabemos, importantes factores de riesgo relacionados con el consumo.

Para lograrlo se han puesto en marcha diversos tipos de medidas legales de distinta índole, especialmente referidas al tabaco y al alcohol, que tratan de regular las disponibilidad física y económica de las sustancias. Este tipo de medidas han demostrado que son efectivas, y que además logran reducir el consumo de manera más o menos inmediata. Sin embargo, en muchos casos no son bien toleradas por la población y generan un rechazo social que reduce, cuando no anula, sus potenciales efectos beneficiosos sobre el consumo.

En relación con la regulación de la *disponibilidad física y económica de las drogas ilegales*, hay que decir que existen muy pocos estudios que hayan analizado este tema, a excepción de algunos relacionados con el cannabis, que han tratado de analizar los efectos de diferentes políticas establecidas en diversos países (Canadá, Australia, Estados Unidos, Holanda) en las tendencias de consumo no sin muchas dificultades; de hecho, no parece posible a fecha de hoy establecer relaciones de causa efecto entre ambos aspectos debido a grandes lagunas en las investigaciones que lo han abordado, por lo que es difícil establecer recomendaciones al respecto.

Sin embargo, en relación con las drogas legales como el tabaco y el alcohol la situación es bastante diferente. Hay un buen nivel de evidencia de la efectividad de diferentes medidas ensayadas, y dicha evidencia ha sido tomada como referencia por organismos internacionales responsables de la salud para hacer recomendaciones sobre las políticas y medidas necesarias para prevenir el consumo y sus daños asociados, especialmente en el caso de los menores de edad.

La limitación de la promoción de las drogas legales consiste en la prohibición total o parcial del marketing de estos productos. Va desde la limitación de los lugares y momentos en los que se permite publicitar estos productos hasta la absoluta prohibición por ley de hacerlo, al menos de manera directa. Dichas medidas han demostrado tener una alta incidencia en las tendencias de consumo por parte de la población. La publicidad tiene un impacto especial entre los jóvenes, entre los que trata de promover actitudes favorables al consumo. Por ello son medidas especialmente rechazadas por la industria del tabaco y del alcohol, que como alternativa a ellas promueven la *autorregulación de la publicidad*. Sin embargo, dicha autorregulación de la industria en la promoción de sus productos ha tenido en general resultados insatisfactorios desde el punto de vista de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud ha calculado el impacto que tendría una prohibición de la publicidad; aplicada a la Unión, se estima que se evitarían 202.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste estimado de implementación de 95 millones de euros al año.

Existe una fuerte evidencia de la efectividad de las políticas destinadas a *regular el mercado de las drogas legales*. El aumento del precio, mediante el incremento de tasas o impuestos al alcohol y tabaco, es particularmente importante a la hora de incidir sobre el consumo, y sobre los daños asociados a él. El aumento de los precios de estos productos se traduce en reducciones del consumo, especialmente entre los grupos más vulnerables, como los menores y los grandes consumidores. De hecho, recientes informes de la Unión Europea estiman que, por ejemplo, en el caso del alcohol, si la política impositiva se orientara a un aumento de su precio de un 10 por 100 en la UE-15, se ahorrarían 9.000 muertes en el año siguiente.

En cuanto a las leyes que regulan la *edad mínima de acceso* a las drogas legales, hay que señalar que su efectividad depende de la adopción de otras medidas complementarias: tendrán escaso efecto si dichas leyes no vienen respaldadas por

una amenaza creíble de perder la licencia, en caso de repetida venta a menores, por parte de un establecimiento. Este tipo de estrategias aumentan su efectividad cuando vienen respaldadas por otras acciones de prevención, tales como campañas de sensibilización o programas comunitarios que alteren sobre los riesgos del consumo en menores.

Sobre los *horarios de venta*, se ha estudiado los efectos en el caso del alcohol y la evidencia indica que cuanto más se amplía el horario para su venta, mayores son los daños por violencia. La Organización Mundial de la Salud ha evaluado el impacto que podría tener la menor disponibilidad de alcohol por parte de los establecimientos minoristas por un período de 14 horas cada semana; aplicando esta estimación a la Unión, se estima una evitación de 123.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste de implementación de 98 millones de euros al año.

5.4. La prevención escolar

La escuela ha sido desde los orígenes de la prevención considerada un lugar idóneo para el desarrollo de acciones preventivas: por una parte, en ella podemos encontrar agrupada a la principal población objetivo de la prevención, que son los menores y jóvenes; por otra, siempre se ha entendido que la prevención tenía un fuerte componente educativo y que, por tanto, el entorno escolar era un espacio natural para su aplicación.

En la escuela se han ensayado múltiples formas de trabajo, mediante la aplicación de programas de diverso tipo que se han evaluado y han ido modificándose en función de sus resultados. Y ello ha sido posible porque el entorno escolar no sólo facilita la aplicación de los programas sino también su evaluación. Los programas escolares han evolucionado tanto en sus contenidos como en sus formas de aplicación. Así, mientras que los primeros se basaban en la información como estrategia prioritaria, los progra-

mas actuales combinan ésta con otros elementos más complejos. Si los primeros utilizaban un método directivo en su aplicación, en los últimos la interactividad es un elemento esencial.

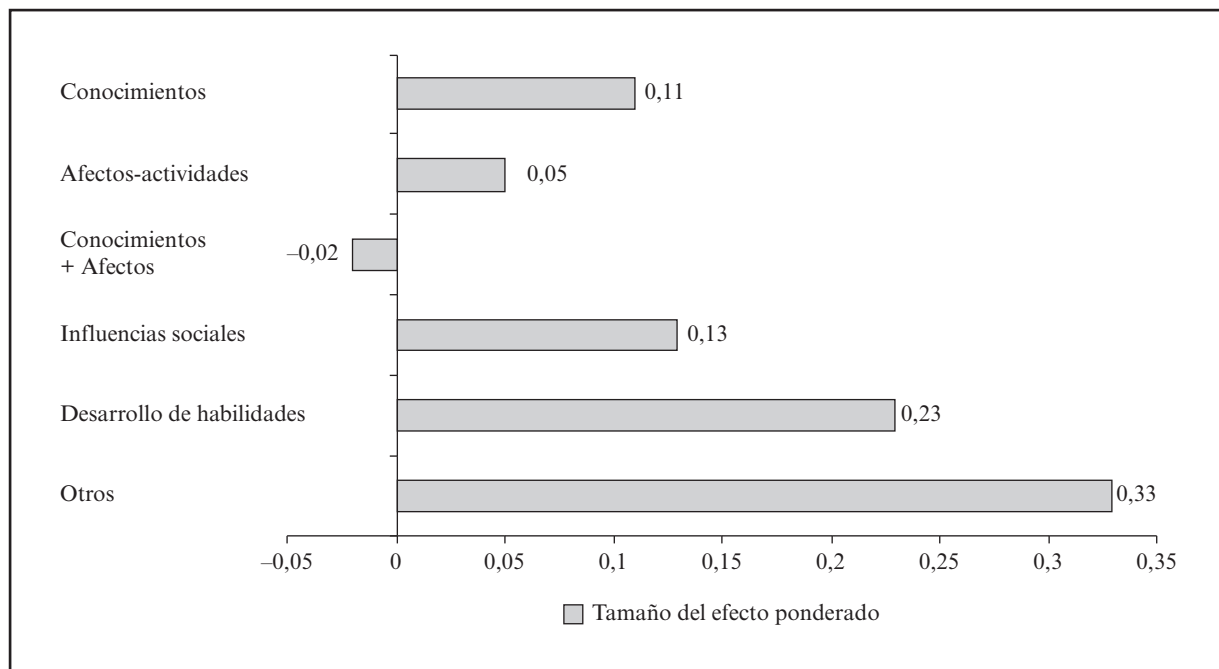
Actualmente sabemos que los programas escolares, cuando cumplen determinadas características, sirven para retrasar la edad de inicio y reducir el consumo de sustancias, aunque su efectividad es limitada, sobre todo cuando se la compara con otras estrategias, como las de protección y control. También sabemos que es básico que dichos programas no se desarrollen de manera aislada sino que formen parte de un conjunto de iniciativas que afecten a la población destinataria desde distintos frentes (la familia, la comunidad y los medios de comunicación); pero ésta es una verdad que puede generalizarse a todo tipo de programas y, como sabemos, es una premisa básica de una prevención eficaz. A continuación veremos de forma resumida algunas claves que caracterizan a los programas escolares efectivos:

— *Los contenidos:* los programas de prevención efectivos son multicomponentes; incluyen información sobre drogas, desarrollo de habilidades sociales genéricas y específicas de rechazo a las ofertas de consumo, así como otras habilidades como la resolución de problemas, la toma de decisiones, etc.

Aunque es difícil establecer el efecto específico de cada uno de los componentes, dos de ellos parecen especialmente relevantes: por un lado, el desarrollo de la competencia social (habilidades de rechazo a la oferta de drogas); por otro, la educación normativa, dirigida a reducir la aceptación social del consumo y la visión de que la conducta del consumo es «normal» y la mayoría lo hace; aunque el valor preventivo de esta última decrece con la edad, a medida que la prevalencia de consumo aumenta. No obstante, la combinación de

CUADRO 9.5
Componentes de los programas de prevención escolar

Componente	Contenido
Cognitivo	Información sobre las consecuencias a corto y a largo plazos del consumo de sustancias.
Educación normativa	Información sobre prevalencia y aceptación del consumo por parte de iguales.
De toma de decisiones	Desarrollo de un pensamiento crítico y de una toma de decisiones responsable.
Control emocional	Estrategias para afrontar situaciones que generan reacciones de ansiedad y de ira.
Entrenamiento en habilidades sociales	Técnicas de asertividad, que pueden ser usadas para resistir con eficacia las presiones directas de los iguales favorables al consumo de sustancias y la realización de actividades antisociales.
Autosuperación	Técnicas de establecimiento de metas, autorregistros.
Actividades de ocio	Búsqueda de alternativas de ocio para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones nuevas y variadas.
Tolerancia y cooperación	Reconocer y respetar el valor de las diferencias y discutir la importancia del trabajo cooperativo.



FUENTE: Tobler y Stratton (1997): *120 programmes (56 high quality)*.

Figura 9.1. Efectos en el uso de drogas en función de componentes.

todos los componentes mejora los resultados. Algunos estudios recientes parecen indicar que hay diferencias en la efectividad de cada componente según el tipo de droga abordada.

- *Etapas evolutivas idóneas*: los programas deben desarrollarse en los momentos evolutivos adecuados para impactar sobre las conductas: la OMS, en su revisión de programas preventivos, identifica tres períodos críticos: la fase de inoculación, que ocurriría justo antes de que ocurran los primeros contactos con las drogas; la fase de relevancia, durante el período en el que se realizan los primeros consumos experimentales, y la fase de relevancia tardía, en la que las prevalencias de consumo aumentan y los jóvenes se exponen a otras influencias del entorno (acuden a bares, salen con otros mayores, etc.). Las edades correspondientes

varían de una población a otra, pero, atendiendo a los escolares españoles, podríamos situarlas en las siguientes edades: los 10-12 años para la primera; los 13-15 para la segunda, y a partir de 16 para la tercera.

- *Lugar en el currículum escolar*: existen diferentes modos de incorporar la prevención a la escuela.
 - Políticas escolares: reglas y normas sobre consumo de drogas en colegios. Pueden incluir actividades preventivas.
 - Prevención integrada: intervenciones para incluir la prevención en todas las actividades de la vida escolar cotidiana (políticas escolares o inclusión integral de temas preventivos en las materias escolares).
 - Intervenciones curriculares: programas formales en las clases, con sesiones, ma-

teriales y temas definidos: la inclusión fija y estable de la prevención en el currículum escolar.

La mayoría de los programas evaluados pertenecen a este último tipo y, como ya hemos comentado, han demostrado su efectividad en prevención. No obstante, aunque no existe evidencia al respecto, parece claro que una política de centro que contemplara la promoción de la salud en su globalidad debería mejorar el resultado de los programas. Actualmente tampoco está muy claro qué lugar dentro del currículum es el idóneo. En muchos casos se utilizan los espacios de tutorías, aunque otros propugnan la idea de que sería positivo crear una asignatura concreta.

- *Metodología de intervención:* existe un total consenso en defensa de la metodología interactiva de aplicación de los progra-

mas. Este hecho parece ser tan o incluso más importante que los contenidos. Los programas deben motivar a la participación activa de los destinatarios, y para ello deben resultar atractivos, significativos y relevantes y referirse a circunstancias reales de su vida en las que los conocimientos y habilidades aprendidos se puedan aplicar.

Esto hace necesario que los que lo aplican —profesores la mayoría de las veces— reciban un entrenamiento específico para trabajar con la metodología de aplicación de los programas.

- *La intensidad del programa:* la duración del programa tiene relación con su efectividad, y se recomienda un cierto nivel de intensidad que varía según los autores pero que podría situarse entre las cuatro sesiones como mínimo y las diez sesiones por año (algo más, entre 30 y 40 horas, para los

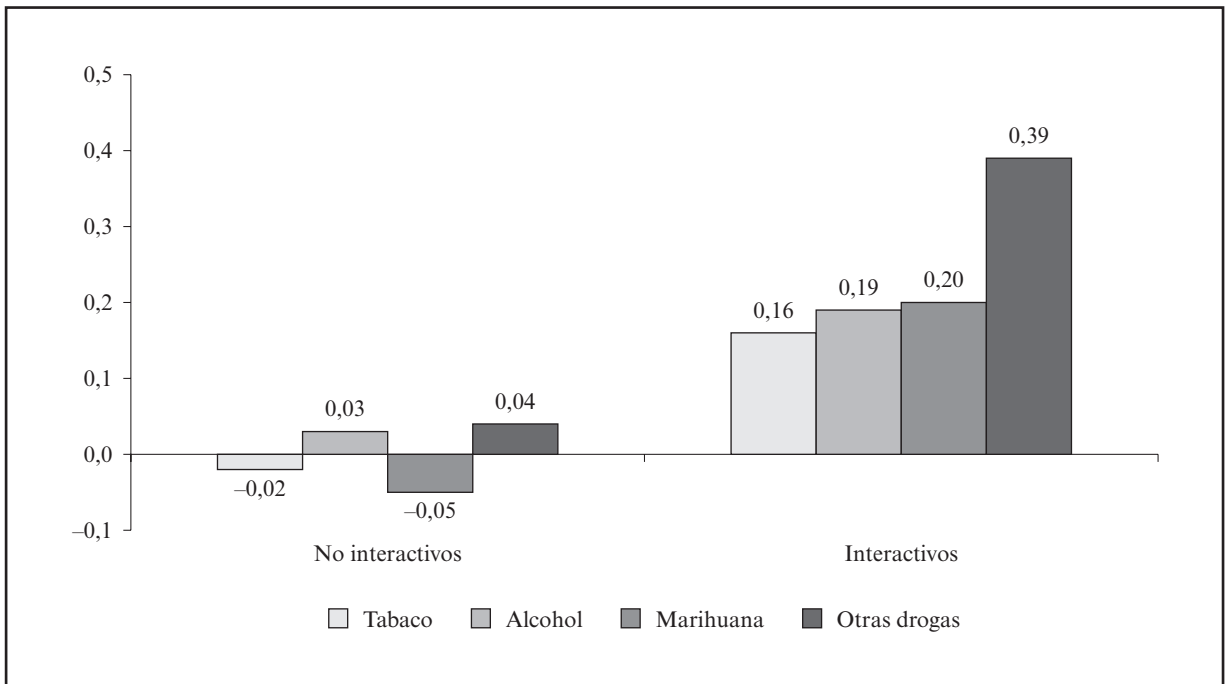


Figura 9.2.

programas genéricos de promoción de la salud). No se ha encontrado que los programas más largos tengan mejores resultados, por lo que no parece necesario que lo sean. Además de esto hay que tener en cuenta que los efectos beneficiosos de los programas tienden a decaer con el tiempo, por lo que se recomienda la inclusión de sesiones de refuerzo en los años subsiguientes a su aplicación.

5.5. La estrategia de generación de alternativas: los programas de ocio alternativo

Aunque bajo ese epígrafe se reúnen muy diversos tipos de intervenciones, podríamos decir que se trata de programas que tienen como objetivo primordial el desarrollo de actividades incompatibles a la vez que alternativas al uso de droga, que se ejecutan en horarios y espacios de ocio y tiempo libre. Además de promover hábitos saludables de ocupación del tiempo libre, también persiguen reducir la cantidad de tiempo de exposición a las drogas proporcionando espacios en donde su accesibilidad y disponibilidad no existan, a la vez que favorecen la supervisión adulta del ocio. Ofrecen actividades lúdicas o deportivas, aunque a veces también incluyen otras centradas en el desarrollo de habilidades personales y sociales, y han sido dirigidos a menores y jóvenes en general y a grupos vulnerables.

La generación de alternativas como estrategia de prevención ha sido evaluada de diferentes formas. Por una parte, mediante metaanálisis de programas de prevención y revisiones sistemáticas que estudian la eficacia comparada de diversos programas; por otra, se dispone de los resultados de evaluaciones más o menos rigurosas de programas individuales. Todos estos métodos nos deberían permitir conocer la eficacia de estos programas y las principales características que determinan sus resultados. La realidad es que hasta la fecha no disponemos de certezas en este terreno, y hay grandes contradicciones en los re-

sultados encontrados en diversos programas evaluados. No obstante, entre aquellos que obtenían resultados positivos, hay algunas características comunes:

- Se trataba de programas intensivos: la intensidad del programa parece esencial para su efectividad.
- Utilizaban una metodología participativa, en la que se implicaba a los destinatarios en todo el proceso, desde el diseño del programa hasta su aplicación; con ello se consiguen altas tasas de permanencia en él. Además, parece que los efectos positivos tienden a ser más comunes entre los participantes que se implican.
- Las actividades alternativas son un buen medio para desarrollar habilidades de vida, y los programas deben incluir este elemento entre sus componentes. Cuando combinan varios componentes, disminuyen los consumos de drogas y se producen mejoras en otras variables mediadoras.
- La supervisión adulta, unida a unas buenas relaciones entre adultos y jóvenes, son elementos de protección en los que se fundamentan muchos de estos programas. El establecimiento de relaciones positivas es un buen punto de partida para el desarrollo de los contenidos.
- Los programas efectivos promueven mensajes consistentes a través de diferentes canales, implicando en ellos a mediadores múltiples. Los programas de ocio alternativo permiten canalizar de forma efectiva los mensajes de prevención; a la vez, los eventos alternativos son un buen modo de llegar a la comunidad y a las familias y fomentar la implicación con la comunidad y los vínculos con instituciones positivas.
- Estos programas permiten alcanzar a poblaciones en riesgo, especialmente a los que abandonan la escuela, y es precisamente con estas poblaciones con quienes muestran más efectos positivos.

6. CONCLUSIONES FINALES

En la actualidad el campo de la prevención de las drogodependencias es muy activo; se aplican muchos tipos de programas en diversos ámbitos, y aunque sólo una pequeña parte de ellos han sido evaluados de manera rigurosa y pueden dar lugar a evidencias sobre su efectividad y eficacia, existen recomendaciones sobre cómo diseñar políticas de prevención y programas preventivos.

Una de las conclusiones más importantes a las que se ha podido llegar es que en prevención no sirven las actuaciones aisladas, sino que es necesario realizar políticas globales que impliquen la aplicación de diferentes estrategias en distintos entornos; que garanticen la sinergia de los mensajes y de las iniciativas desarrolladas: las campañas de prevención no sirven cuando están aisladas de otras actuaciones; las medidas de protección y control (que son de las que más efectos tienen en el corto plazo) precisan un entorno que las apoye para no ser rechazadas por la población; los programas escolares tienen unos resultados muy limitados cuando no son respaldados externa-

mente por otras actuaciones en la familia y en la comunidad, etc.

Pero esto no basta; es necesario planificar bien, partiendo de un conocimiento lo más ajustado posible de la población a la que destinamos nuestras intervenciones; para ello es importante realizar evaluaciones del diseño de los programas y evaluaciones formativas que nos permitan ajustarlos aún mejor. Esto también lo hemos podido ver en los diferentes tipos de programas analizados: las campañas deben partir de los conocimientos y actitudes previos de nuestra audiencia; los programas escolares deben ser relevantes para nuestros destinatarios, a los que tendremos que conocer previamente; las medidas legislativas deben estar bien calculadas en función de la percepción de la población sobre ellas.

Por último, el de la prevención es un campo relativamente reciente de conocimiento que precisa seguir avanzando para determinar no sólo cuáles son las estrategias más eficaces sino cuándo, para quién y bajo qué condiciones. Para ello es un requisito imprescindible diseñar con rigor metodológico, evaluar y difundir los resultados de las iniciativas puestas en marcha.

Evidencia científica sobre la efectividad de las estrategias de influencia o informativas en relación con la prevención de los consumos de drogas

10

MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ FELIPE
CELIA PRAT PÉREZ

1. INTRODUCCIÓN

De entre las principales estrategias utilizadas en prevención del consumo de drogas en las últimas décadas, se encuentran sin ninguna duda, a juicio de diversos autores (véase, por ejemplo, Torjman, 1986), las denominadas de influencia. Junto a éstas, es habitual la mención a otras de similar relevancia, como son las de desarrollo de competencias (o habilidades), las de control o las de modificación ambiental.

Tomando como punto de referencia la clasificación y el desarrollo explicativo realizado por Alonso (2003), en este capítulo se pretende exponer aquellas características básicas de este tipo de estrategias, indicando algunas referencias concretas a programas o a estudios empíricos realizados para su puesta en práctica o el análisis de sus impactos o efectos. El objetivo no es otro que presentar una panorámica general de contenidos y metodologías incluidos en los distintos programas diseñados, amén de reflejar información relevante sobre la posible efectividad de cada tipo de actuación realizada.

Antes de comenzar, sí conviene adelantar una de las conclusiones a las que se llegará con la exposición y que está relacionada con la dificultad de concretar de modo claro un sentido positivo o negativo de la evidencia disponible. Es decir, las investigaciones disponibles en la mayoría de las ocasiones llegan a conclusiones poco claras, inconsistentes o muy variables tanto sobre la exis-

tencia de efectividad en los programas y actuaciones preventivas como en los niveles de la misma. Conviene por todo ello realizar una valoración general de la evidencia disponible, apuntando hacia la dirección en que parece que los resultados nos indican, más allá de que en uno u otro estudio entre los datos puedan aparecer discrepancias e incluso contradicciones.

2. ESTRATEGIAS DE INFLUENCIA: CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD

Se conocen como estrategias de influencia un amplio conjunto de actuaciones e intervenciones, muy diferentes entre sí, y que comparten el objetivo final de modificar las creencias, actitudes o comportamiento del público al que se dirigen en relación con las drogas. Entre las metodologías más habitualmente utilizadas en este tipo de estrategia se encuentran la realización de campañas publicitarias y las medidas informativas y de cambio de actitudes, siendo las primeras las que motivan el centro del presente capítulo.

Algunos investigadores señalan haber obtenido resultados positivos tras haber implementado acciones y programas basados en la producción de campañas de publicidad cuyos objetivos eran influir (negativamente) en el consumo de drogas, pero es mucho más común encontrar opiniones y conclusiones contrarias a dicha efectividad. En general predominan los trabajos que concluyen

con ideas alrededor de que las campañas publicitarias en medios de comunicación, independientemente de otras actuaciones, no tienen mucha utilidad. Son clásicos los trabajos al respecto de Schilling y McAlister (1990) o de Palmgreen (2003), más reciente, entre otros, dedicados a revisar investigaciones y estudios disponibles (fundamentalmente anglosajones y, especialmente, norteamericanos) sobre la efectividad o la utilidad de las campañas de publicidad dirigidas a la prevención del consumo de drogas en adolescentes o jóvenes. En la mayoría de los casos, concluyen, las campañas son escasamente útiles, en general, y, aunque resulta muy complicado discriminar fehacientemente sus efectos en condiciones óptimas de aplicación, todos los datos disponibles parecen apuntar a la idea de que difícilmente dichas campañas publicitarias producirán, por sí mismas, cambios significativos en el consumo de alcohol y drogas.

Curiosamente, también ha sido muy estudiada la influencia contraria, la promoción del consumo (lógicamente del alcohol, sobre todo, dada su condición de legalidad) de ciertas sustancias mediante la publicidad, especialmente dirigida al público juvenil. Desde una óptica eminentemente dirigida a facilitar desarrollos preventivos posteriores a sus investigaciones, Sánchez (véase, por ejemplo, Sánchez, 2004, 2005 y 2012) ha analizado en detalle tanto mensajes y contenidos publicitarios como estrategias utilizadas. Recientemente, además, ha intentado medir también influencias directas en comportamiento.

Las conclusiones que se alcanzan en España (Sánchez, 2012), como en otros países occidentales, no dejan lugar a dudas en lo que respecta a la relación directa entre exposición a la publicidad sobre sustancias (especialmente alcohol) y el consumo de éstas, aunque deba ser entendido como un factor de riesgo más que influye en cada joven según el juego de equilibrios de otros muchos más factores a tener en cuenta.

Volviendo a la influencia publicitaria en sentido opuesto, es decir, que pretende influir en las circunstancias o elementos que rodean la decisión de consumo (especialmente alcohol, aunque

no exclusivamente en este caso), para reducir éste, como objetivo final, apreciamos que la conclusión no puede ser, como ya hemos adelantado, ni mucho menos tan contundente.

No obstante, también encontramos trabajos que señalan resultados positivos con este tipo de intervenciones publicitarias. Por ejemplo, Macaskil et al. (1992) valoraron el efecto de una campaña antitabaco realizada según fuese el nivel educativo de sus receptores. Las conclusiones señalaban una reducción efectiva (un 2,5 por 100) en los niveles de consumo de tabaco y que fue útil para los sujetos de todos los niveles educativos.

De igual modo, Sly et al. (2002) concluyen con resultados positivos en lo que se refiere al consumo de tabaco tras una intensa campaña publicitaria con anuncios centrados en el ataque a la industria tabaquera y a sus estrategias de ganancias sustentadas en el condicionamiento de los jóvenes para motivarlos a consumir y, con ello, empobrecer o reducir su salud.

En otras sustancias, ilegales, existen algunos casos de campañas publicitarias que parecen obtener algunos resultados positivos en el consumo o al menos en actitudes y elementos que lo rodean. En el caso de la marihuana, por ejemplo, Palmgreen et al. (2001) encuentran reducciones de consumo de esa sustancia y de actitudes favorables hacia ella (elementos relacionados también entre sí, por cierto) en una amplia población adolescente de riesgo a la que se aplica una campaña publicitaria ajustada a sus particulares características. Los resultados parecieron incluso mantenerse durante un relativamente amplio período de tiempo.

Además de parecer en algunos casos que las campañas publicitarias pueden ser efectivas en función de que sus contenidos y elementos constitutivos se adapten al público al que se dirigen, hay otra línea de hallazgos que parece indicar la utilidad de las campañas en aquellos casos en los que se acompañan de otros componentes y forman parte de una estrategia preventiva más amplia.

Así, Flynn et al. (1992) compararon los efectos de dos programas de prevención escolar, uno

realizado como tal, sin más, de manera habitual, y otro al que a ese tipo de actuación se le añadía un complemento consistente en una campaña publicitaria. El resultado de la actuación escolar (hasta cuatro sesiones anuales durante cinco cursos escolares) es menos consistente que el que se desprende del conjunto de actuación escolar junto a campaña publicitaria en contra del consumo de tabaco, ventajas e inconvenientes de fumar.

En esa línea, hay otros estudios que sostienen tesis similares en lo que respecta a los efectos positivos de combinar actividades educativas y publicitarias, como Pechmann y Ratneshwar (1994), que analizando el efecto de los anuncios de tabaco y antitabaco sobre adolescentes, concluyen que los anuncios contrarios al tabaco refuerzan aquello que los beneficiarios han aprendido de sus padres y profesores, por lo que es importante complementar los programas escolares con campañas publicitarias. Además, Secker-Walker, Worden, Holland et al. (1997) concluyen que esta combinación de campañas y programas escolares es, además de efectiva, rentable en términos económicos.

En resumen, pese a que no hay un acuerdo ni mucho menos unánime respecto a la utilidad preventiva o la efectividad de este tipo de intervenciones, parece plausible pensar que las campañas publicitarias aisladas puedan modificar por sí mismas directa o indirectamente el consumo de alcohol y otras drogas, siempre que estén bien construidas, bien dirigidas, tengan gran amplitud e incluyan mensajes especialmente diseñados para el público al que van destinadas. En cualquier caso, sí parece también que su efectividad aumenta cuando se unen a otras actuaciones o componentes dentro de un proyecto amplio, ya que permiten motivar a la población para admitir otras intervenciones cuya efectividad depende del grado de implicación de los individuos a los que se dirigen, al menos cuando éstos son adolescentes o jóvenes.

En general, parece que el aumento del impacto, influencia, utilidad o eficacia de las campañas o intervenciones publicitarias a través de los me-

dios de comunicación estaría relacionado con la observación de los siguientes criterios:

- El diseño de campañas preventivas a través de los medios de comunicación requiere un proceso muy cuidadoso, en el que debe participar la población diana a la que se dirigen.
- Deben tener objetivos claros y sus contenidos deben responder a tales objetivos.
- Si se dirige a grupos amplios, es necesario distinguir subgrupos y elaborar contenidos específicos para cada uno de ellos.
- Las campañas deben estar adaptadas a las opiniones, estilos de vida, actitudes, creencias, etc., de la población diana. Cuanto más concreto sea el grupo al que se dirige, y más específicamente se ajusten los contenidos a las características de ese grupo, mayores son sus posibilidades de éxito.
- Deben abarcar períodos amplios de tiempo, aunque sus contenidos deben variarse a lo largo de dichos períodos para evitar la pérdida de interés.
- La efectividad de la campaña puede aumentar notablemente si se utiliza de forma combinada con otras intervenciones (por ejemplo, en el ámbito escolar).
- Deben utilizar formatos, soportes y estrategias de exposición (horarios, lugares, etc.) que sean adecuados a las personas a las que se dirigen.

3. ESTRATEGIAS DE INFLUENCIA: ACTUACIONES INFORMATIVAS

Además de campañas publicitarias, otro subgrupo importante dentro de las estrategias de influencia lo constituirían las de carácter informativo que pretenden con esa acción un cambio de las actitudes hacia las sustancias y su consumo.

En cuanto a estas otras estrategias, las de carácter informativo, que focalizan la influencia sobre el cambio de actitudes de su población destinataria, lo primero que hay que señalar es que

son las iniciativas más populares y más extendidas. Todo ello a pesar de que son muchas las opiniones de expertos que atribuyen a la información por sí misma poca influencia sobre la conducta, tanto en general como en especial en este campo (Collins et al., 1987), y especialmente si su repercusión sobre el individuo se limita al ámbito de lo estrictamente cognitivo.

No obstante, la complejidad se incrementa cuando se observa que, en ocasiones, la información sobre los efectos dañinos de ciertos comportamientos lleva en algunas personas a conductas contrarias a las perseguidas por el contenido publicitario (como es el caso de algunos fumadores cuando se les informa de los efectos que tiene sobre la salud la conducta de fumar), mientras que a otras sí parece provocarles efectos positivos (Santacreu et al., 1992), conforme a los objetivos previstos por la campaña.

Aunque, en general, la efectividad de mensajes persuasivos con alto contenido emocional —es decir, los que buscan provocar miedo a las consecuencias— puede aumentarse si se incluyen recomendaciones concretas sobre cómo evitar los peligros, ni siquiera este procedimiento ha permitido mejorar su valor en la prevención del consumo de drogas. Por ejemplo, es ya clásico el estudio de Robinson (1981), que comparó los resultados de tres intervenciones de prevención del consumo de alcohol en medio escolar, constituidas por lecturas apoyadas en la proyección de transparencias y realizadas en cuatro sesiones. En los tres tratamientos utilizados se proporcionaba a los sujetos información en clase, pero en la aplicación «instrucción implícita» no se ofrecían conclusiones ni recomendaciones, en la aplicación «instrucción explícita» sí se facilitaban conclusiones y recomendaciones de conducta y en la aplicación «instrucción en clarificación de valores» se planteaban también estrategias de clarificación de valores.

Los resultados indicaron que todos los tratamientos aumentaron los conocimientos pero sólo el de instrucción explícita afectó a las actitudes de los sujetos, aunque ni una cosa ni otra se tradujo en cambio de conducta.

Como vemos, junto a su muy escasa utilidad para modificar las conductas, a menudo este tipo de intervenciones —que podríamos llamar de influencia cognitiva— señala entre sus objetivos explícitos la modificación de las actitudes de los sujetos. Sin embargo, no podemos olvidar que el componente cognitivo es sólo uno de los elementos constitutivos de la actitud y, en consecuencia, las medidas informativas tienen capacidad sólo para afectar muy débilmente a tales actitudes, tal y como ha sido demostrado por la investigación.

Por ejemplo, Moore y Hauck (1988) realizaron distintas intervenciones destinadas a modificar las actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en niños de 4.º y 11.º grados. En este caso se asociaron los conceptos (por ejemplo, fumar), según las condiciones experimentales, a palabras negativas (condición evaluativa), a consecuencias físicas (por ejemplo, es malo porque te hace sentir enfermo) o a consecuencias legales (por ejemplo, es malo porque lo prohíbe la ley). Los resultados indicaron que los tratamientos tuvieron algún efecto sobre las actitudes hacia el alcohol pero ninguno sobre las actitudes hacia el uso de tabaco u otras drogas, siendo más favorables las actitudes hacia el alcohol de los sujetos sometidos a la condición «consecuencias legales» que las de los sujetos de la condición «consecuencias físicas» (alrededor de 16-17 años); entre los sometidos a la condición «consecuencias legales» se produjo un «efecto bumerán» respecto a las actitudes hacia el alcohol puesto que éstas eran más positivas después de la intervención, lo cual es explicado por los autores en base a que el mensaje es percibido como una amenaza a la libertad, pero demasiado ligera para justificar el abandono de la acción, lo cual lleva a los sujetos a afirmarse aún más en sus actitudes positivas hacia el alcohol.

Este trabajo nos sirve para analizar la posibilidad —real y empíricamente constatada— de que programas preventivos con amplios componentes informativos y basados fundamentalmente en la influencia cognitiva sobre los sujetos pueden tener efectos contrapreventivos o «efectos bumerán», de manera que los sujetos consuman

más drogas después de la intervención o tengan más intención de hacerlo.

Hay diversas explicaciones para estos efectos contrapreventivos asociados a programas de este tipo. Entre ellas, la más extendida —quizá porque intuitivamente resulta razonable— es que un exceso de información puede aumentar la curiosidad de los sujetos acerca de las sustancias y promocionar su uso en lugar de reducirlo. Sin embargo, otra interesante explicación es la que proporcionó hace ya tiempo Donaldson (1998) al sugerir que las intervenciones en las que se incorpora información promocionan el uso de sustancias porque conllevan efectos de normalización del mismo, haciendo más prevalente, esperable y habitual de lo que real u objetivamente es, al abordarlo específicamente como un contenido de programas de prevención.

Así pues, muchos han puesto de manifiesto la escasa utilidad de la información por sí misma para prevenir el consumo de drogas. Por ejemplo, Swadi y Zeitlin (1987), en un estudio ya clásico, a partir de una revisión de un importante número de programas y actuaciones preventivas concluyeron que aquellos basados en la información no sólo son inútiles sino que —como ya hemos dicho— en algunos casos han resultado contraproducentes, generando un mayor consumo de drogas, quizá por la curiosidad que despiertan en el auditorio.

Por tanto, es ya bastante veterano, y aún sigue sin estar concluido el debate sobre la efectividad de las actuaciones tipo charla o conferencia sobre drogas. Todavía hoy siguen realizándose habitualmente en el ámbito escolar pese a que sobre este asunto sigue sin haber evidencias de que tengan alguna funcionalidad de carácter preventivo. Es más, son muchos los autores que incluso creen que pueden achacárseles posibles efectos contrapreventivos (aunque hay referencias más recientes, recomendamos la lectura de Comas, 1997).

En algunas ocasiones se han utilizado también drogodependientes en tratamiento o rehabilitados para liderar o apoyar estas charlas e incrementar su capacidad de influencia. La participación de este tipo de personas no parece incrementar su uti-

lidad, ya que no constituyen fuentes objetivas de información por estar emocionalmente implicados.

No obstante, ya señalábamos que en estos temas es difícil encontrar una línea favorable o contraria claramente mayoritaria frente a la otra. Así, frente a esos datos, encontramos algunos autores que han obtenido resultados positivos con intervenciones de carácter fundamentalmente informativo. Por ejemplo, Sussman et al. (1993) lograron resultados positivos con un programa aplicado a escolares pre y adolescentes, basado en la información acerca de las consecuencias negativas del consumo de tabaco, logrando reducciones significativas de él. Los autores tratan de explicar estos resultados positivos indicando que la intervención no se limitó a exponer los efectos a largo plazo, sino que también se hicieron actividades de *roleplaying* para explicar las enfermedades, corrección de mitos sobre el tabaco, presentación de la probabilidad de aparición de las consecuencias negativas de forma adaptada a los sujetos, etc.

Cuando los programas incluyen no sólo información sino también otros elementos de desarrollo cognitivo, su efectividad puede mejorar.

A la vista de todo ello, podemos establecer las siguientes conclusiones en relación con las estrategias de influencia:

- La información, por sí misma, parece tener poco valor preventivo. Sin embargo, ello no quiere decir que deba ser eliminada de los programas de prevención, ya que es un elemento fundamental para el trabajo sobre otros componentes (cambio de actitudes, toma de decisiones, etc.).
- La población, incluyendo a los escolares, puede tener una gran cantidad de información, al menos sobre las drogas legales, por lo que debe analizarse cuidadosamente la situación inicial de los sujetos antes de intervenir.
- No es necesario que los sujetos tengan un conocimiento especializado de las drogodependencias. Por ello, cuando la población disponga de información suficiente,

no debemos dirigir nuestros esfuerzos a aumentar la cantidad de información, sino a filtrar la ya existente para depurarla de creencias incorrectas, de tal manera que ofrezca una base sólida sobre la que construir actitudes adecuadas y tomar decisiones correctas.

- Los programas de alto componente informativo parecen tener ciertos riesgos de ser contrapreventivos, por lo que deben utilizarse con prudencia.
- Las intervenciones de carácter eminentemente informativo podrían aumentar su efectividad si se utilizan estrategias interactivas y se combinan con otros componentes preventivos.
- Las charlas informativas parecen tener muy poca capacidad para influir sobre los comportamientos.

Siguiendo a Rodríguez et al. (2008), este tipo de actuaciones se encontrarían con una importante limitación debido a que es necesario adoptar un punto de partida diferente para la comprensión de la toma de decisiones acerca de las conductas de consumo. Estos autores apelan a la conveniencia de tomar en cuenta no sólo la información como factor explicativo sino la dicotomía entre riesgos y beneficios (o expectativas de ambos) percibidos por el sujeto. Su interpretación pretende situar el foco en la determinación social que, en parte, tiene la configuración de ambas dimensiones del consumo, así como apelar a una intervención preventiva que no sólo se limite a actuar sobre la percepción de los riesgos sino que incluya la actuación sobre posibles distorsiones perceptivas de los beneficios esperados.

4. CONCLUSIONES

Antes de establecer algunas conclusiones generales, debemos tener en cuenta que, como ya hemos señalado, la evidencia aportada por las investigaciones y trabajos citados tiene también limitaciones relevantes. Sin ir más lejos, la gran

mayoría de los estudios citados (y de los realizados) son norteamericanos o anglosajones, por lo que sus resultados no siempre serán extrapolables a otras realidades sociales.

En segundo lugar, apreciamos resultados de las investigaciones que difieren a menudo y, en algunas ocasiones, incluso llegan a ser contradictorios. Muchos trabajos refieren logros de interés con un tipo o grupo de sujetos pero fracasan con otros. De ello deberíamos extraer una doble conclusión: por un lado, que, independientemente de las diferencias entre los distintos estudios, lo importante es la dirección hacia la que apuntan los datos, y, actualmente, disponemos ya de conocimiento suficiente para diseñar intervenciones previsiblemente eficaces. Por otro lado, que no cabe diseñar una intervención perfecta cuyo resultado esté asegurado. El resultado es siempre incierto, y ello debe llevarnos a continuar investigando, a evaluar siempre las intervenciones y a revisarlas constantemente para mejorarlas.

Aprovechando la temática del artículo, creemos que merece la pena considerar ciertos elementos que la evidencia, la experiencia y la bibliografía disponible nos permiten poder afirmar a modo de recomendaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar estrategias de prevención (Alonso, 2003):

- Para lograr buenos resultados hay que combinar distintos componentes y trabajar en diferentes ámbitos simultáneamente.
- Nada sirve para cualquiera. Todas las intervenciones deben estar adaptadas a las características y condiciones de las personas a las que se dirigen.
- La complejidad y duración de las intervenciones deben estar relacionadas con el nivel de riesgo de sus destinatarios. Cuanto mayor sea la acumulación de factores de riesgo, mayor debe ser la intensidad de la intervención y más tempranamente debe comenzar.
- El carácter interactivo de los programas es clave para lograr su efectividad, y ello no sólo en los programas escolares sino tam-

bién en los comunitarios o incluso en las campañas.

- Los resultados tienden a desvanecerse con el tiempo. La efectividad depende muchas veces de la perseverancia. Es necesario el repaso en las intervenciones escolares y el diseño de actuaciones a largo plazo y continuadas en el tiempo en el resto de ámbitos de intervención.
- Los resultados de una u otra estrategia deben ser considerados de modo relativo. Hasta hace no mucho tiempo, valorando globalmente las distintas estrategias, los programas más eficaces parecían ser los de «habilidades globales para la vida».

Siguiendo el clásico metaanálisis de Tobler et al. (2000), estos programas normalmente incluyen como componentes los conocimientos (de los efectos, de las influencias sociales, del consumo real de drogas entre los compañeros, etc.), habilidades de rechazo (de enfrentamiento a la oferta, actividades de compromiso público de rechazo, etc.), habilidades genéricas no exclusivamente relacionadas con el consumo de drogas (de comunicación, asertividad, habilidades de decisión o de solución de problemas, identificación de alternativas, establecimiento de objetivos, habilidades de refuerzo y habilidades sociales), con apoyo de la comunidad al programa escolar y siempre con una metodología interactiva.

Aunque no sea el objeto de este artículo, sí que quisiéramos señalar las cada vez más numerosas voces discrepantes respecto de la valía de estos programas frente a los de influencia. En este sentido, merece mucho la pena acudir a algunas voces críticas con la metodología evaluativa utilizada hasta ahora sobre programas de habilidades para la vida (véase Pape, 2009) y, por otro lado, estudios más rigurosos sobre la evaluación realizada tanto a ese tipo de programas como a los de influencia, como Roona (2007), que aboga por una interpretación mucho más generosa hacia los programas de prevención basados en estrategias de influencia, que parecen ser más adecuados para poblaciones generales, teniendo en cuenta efectividad y coste-beneficio, que los de habilidades de vida, quizá más idóneos en contextos de riesgo y más exigentes a la hora de ser implementados.

- Finalmente, apelar a la no menos clásica, a estas alturas, recomendación del Instituto Gubernamental sobre drogas norteamericano, el NIDA (<http://www.drugabuse.gov/>), sobre los programas comunitarios que incluyen campañas publicitarias y cambios en la política, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, al tabaco u otras drogas, y que son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones familiares y escolares.

Publicidad institucional y drogodependencias

11

JOSÉ DEL VAL CARRASCO

«No se sabe contar, no. Si no, échénle un vistazo a los anuncios contra la droga que se ven en las vallas y en la tele. Son tan cool, tan modernitos, tan sugerentes que, francamente, más que echarse para atrás te dan ganas de salir a la calle y pillar un tiri-to de algo, de lo que sea costumbre».

ELVIRA LINDO, *El País* (domingo), 9 de marzo de 2008.

1. INTRODUCCIÓN

La publicidad contra las drogas se incluye por su temática dentro del **ámbito sociosanitario**: campañas referidas a la nutrición, al ejercicio físico, a la prevención del sida, a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas...



Figura 11.1. Campañas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007-2009.

Las primeras campañas de prevención de las drogodependencias en España son las desarrolladas por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: www.fad.es/Campanas?id_nodo=3&accion=0&&keyword=&auditoria=F y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad): www.pnsd.mspsi.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/home2.htm, como respuesta a la expansión de la «heroinomanía» en España, que alcanzó niveles «epidémicos» entre 1983 y 1986, en unas condiciones político-jurídicas que produjeron la definitiva institucionalización del problema con la creación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

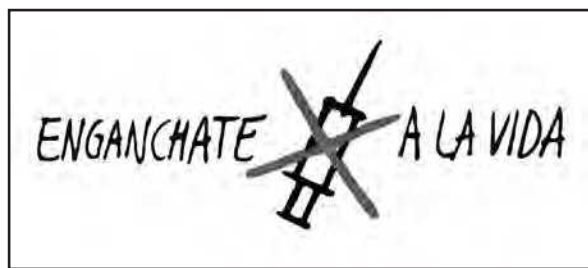


Figura 11.2. «Engáchate a la vida», FAD (junio de 1988).



Figura 11.3. «Para que no mires atrás», PNSD (1990).

Desde 1997 se han ido incorporando algunos planes autonómicos de drogas.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS CAMPAÑAS

Estas instituciones han ido utilizando, sin criterios de continuidad, muy diversas estrategias en sus campañas de prevención de las drogodependencias, a pesar de que la evidencia científica ha demostrado que son ineficaces (Flay y Sobel, 1983):

— **Protagonismo de famosos y líderes de opinión del mundo juvenil** (actores, cantantes, deportistas, etc.): se busca transferir su credibilidad o la simpatía que despiertan al mensaje contra el consumo de drogas.

- «Testimoniales de famosos», FAD (1989).

— **Campañas impactantes**, siguiendo el modelo de la publicidad comercial (de hecho, la mayoría las han elaborado las agencias de publicidad más prestigiosas de nuestro país: Sra. Rushmore, Delvico, Saatchi&Saatchi, Contrapunto, Vitrubio/Leo Burnett, His Master Choice...):

- «Ten cerebro. Pasa de la coca», FAD (enero de 1992 y julio de 2004).
- «A tope sin drogas», PNSD (1999): inspirada en una escena de la película *Abre los ojos* (1997) en la que el personaje encarnado por Eduardo Noriega se arroja al vacío desde la azotea de un edificio altísimo con objeto de despertarse de un prolongado letargo.
- «En pañales ante las drogas», FAD (julio de 2002).
- «¿Será ésta? Piensa», FAD (abril de 2006).
- «Esto no debería ser normal. Campaña de prevención y educación para la salud sobre los Riesgos del Consumo de Alcohol en Menores», MSPSI (noviembre, 2011).

— **Mensajes exclusivamente negativos:**

- «Gallina. Atrévete. Di NO», FAD (1993-1994). No funcionan porque ignoran que una de las características básicas de

la adolescencia es la experimentación y que el adolescente sí quiere consumir drogas porque en determinadas situaciones se desinhibe y mejora sus relaciones sociales, facilitando su integración en su grupo de iguales.

— **Planteamiento de alternativas al consumo de drogas:**

- «Hay un montón de razones para decir NO», FAD (enero de 1995).
- «¿A que sabes divertirte sin drogas?», PNSD (1997).

— **Mensajes indicando que las drogas no son necesarias para divertirse:**

- «Funcionamos sin drogas», PNSD (1998). El mensaje subyacente que se comunica a los jóvenes es en realidad «las drogas son divertidas» y, por tanto, hace plantearse que, aunque podemos funcionar con drogas, ¿por qué hay que renunciar a ellas si la diversión es mayor?

— **Apelaciones a la capacidad crítica del joven para resistir la presión social:**

- «Piensa por ti», PNSD (2002).

— **Se destacan los efectos adversos del consumo de drogas para la salud:**

- «En la droga, mejor no te metas», PNSD (1994).
- «Las drogas no son un juego I», FAD (julio de 1998).
- «Abre los ojos, las drogas pasan factura», PNSD (2003).
- «Drogas, ¿te la vas a jugar?», PNSD (2005).

— **Campañas de sensibilización/reflexión:**

- «Cambia tu percepción. Piensa», FAD (enero de 2007): pretende que se reflexio-

ne acerca del cambio que en las últimas décadas se ha producido respecto a los problemas derivados del consumo de drogas.

- «Todo tiene un precio», FAD (noviembre de 2007): presencia cultural de las drogas como un producto de consumo más, banalizando su significado y sus riesgos.

— **Dirigidas a distintos colectivos:**

- Población general: «Todos somos responsables», FAD (enero de 2003).
- Jóvenes: «Drogas. Mejor sin ellas I y II», FAD (julio de 2000 y enero de 2001). «No siempre se tiene tanta suerte. No juegues con drogas», FAD (mayo de 2010).
- Padres y madres: «Habla con tu hijo», FAD (diciembre de 1995). «Evita las drogas, dialoga con él», PNSD (1996). ¿No conseguirá lo contrario de lo que pretende, angustiar a los padres y madres animándoles a hablar con sus hijos cuando éstos están más informados sobre drogas que ellos?
- Educadores: «La educación lo es todo», FAD (enero de 2002).

— **Centradas en las drogas en general o en cada una de las sustancias:**

- Cocaína: «Haz algo», FAD (julio de 2001). «Cuida de ti», Gobierno de Aragón (2004). «Cocaína, ¿se lo vas a dar todo?», PNSD (2007).
- Drogas de síntesis: «No sabes lo que te metes», FAD (julio de 2003).
- Cannabis: «A mí, no me hace falta», Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (2007): www.nohacefalta.com/.
- Alcohol: «El alcohol pasa factura», PNSD (2004). «No podemos seguir mirando a otro lado» (2009), Gobierno de las Illes Balears: www.alcohol-info.es.

3. ANÁLISIS DE LAS CAMPAÑAS

Podemos establecer algunas características de las campañas de publicidad tras su análisis exhaustivo:

- **Duplicidad de campañas, falta de coordinación temporal y temática** entre las campañas de publicidad llevadas a cabo por las distintas administraciones públicas (estatal, autonómica y local) y privadas sin ánimo de lucro. Por ejemplo, en 1997 coincidieron en el tiempo dos campañas de similares características («¿A que sabes divertirte sin drogas?», PNSD, y «¡Quién necesita las drogas!», Generalitat Valenciana). Por ello, en caso de que se considere necesaria la existencia de campañas, debería tomarse como ejemplo la campaña «Tú sabes cómo, controla, Cruz Roja Juventud» (2000), en la que el Plan Nacional sobre Drogas cedió para su difusión los espacios reservados para su campaña anual.

Además, la coexistencia de varias campañas de prevención del consumo de drogas lleva aparejada una excesiva presencia de publicidad relativa a drogas que no concuerda con los datos en descenso que reflejan las encuestas periódicas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Así, si en el Barómetro de noviembre de 1995, a la pregunta de cuáles eran los tres principales problemas que existían en España, los ciudadanos señalaban las drogas en un sexto lugar (16 por 100), en el correspondiente a noviembre de 2005 pasa a un décimo lugar (5,6 por 100), y en el correspondiente a noviembre de 2011, ocupa el decimonoveno (0,4 por 100).

- **Falta de líneas de continuidad, bandazos continuos**, reflejo de que no se acaba de saber cómo enfrentarse publicitariamente al fenómeno de las drogodependencias (ya hemos visto cómo se «dispara a todo lo que se mueve»).

- Informar de algún aspecto general a una población heterogénea de millones de personas sobre algo tan complejo, contradictorio y asociado a tantas conductas distintas como el uso, abuso y dependencia de la drogas es del todo imprevisible. Las campañas carecen de estudios de segmentación y de análisis de público objetivo. Así, como ejemplo de mensajes susceptibles de **distintas interpretaciones, al ir dirigidos a toda la ciudadanía**:

- «Entérate. Drogas: más información, menos riesgos», PNSD (2000). El mensaje a transmitir era que si el joven mima y cuida determinados objetos (móvil, moto, pantalón vaquero), con mayor motivo debe cuidar su cuerpo y no consumir droga, pero algunas personas entendieron que lo que sucedía en el spot era que un joven al consumir droga «desfasaba» y era capaz de destruir sus pertenencias favoritas.
- «Drogas. Hay trenes que es mejor no coger», PNSD (2006). Quejas recibidas por e-mail: «Quiero expresar mi rechazo al anuncio emitido en televisión de su campaña dado que en mi caso, y seguro que en el de muchos drogodependientes, genera ansias por volver a consumir. ¿Por qué no evaluaron las consecuencias del impacto del anuncio, ya que, lejos de alejarnos de las drogas, nos incita a volver a ellas?».

- Gran parte de las campañas están compuestas por un **spot televisivo, una cuña de radio y folletos/tarjetas**. En ocasiones, con el creciente uso de las nuevas tecnologías de la información, para profundizar su audiencia se ha utilizado también el teléfono, una página web específica (en la inmensa mayoría de los casos con contenidos poco relevantes), redes sociales como facebook, YouTube, etc.: por ejemplo, «Bad Night. Esta noche te puede to-



Figura 11.4. «Entrar en la droga es enterrarse en vida», Comunidad de Madrid (2007).

car a ti», FAD (junio de 2009): www.bad-night.es.

- Las campañas hacen hincapié **en los peligros extremos**. Es cierto que en 2006 hubo más de 40 muertes por consumo de cocaína y que fue uno de los principales motivos de asistencia en urgencias las

noches de fin de semana. Pero a los jóvenes que han probado en alguna ocasión drogas y no han tenido una terrible experiencia las campañas de muerte les suenan falsas. Al no tener credibilidad para este colectivo, pueden ser calificadas de antipreventivas.

4. ¿ESTAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN SON EFECTIVAS PARA REDUCIR EL CONSUMO?

Es dudoso que las campañas relativas a la educación en valores sean eficaces en una sociedad muy saturada de comunicación publicitaria. Es más, las campañas de prevención sobre drogodependencias no son eficaces o, al menos, no hay evidencia científica de que lo sean (en la mayoría de los casos no se evalúa su impacto, al no preverse el seguimiento de la consecución de las premisas de partida ni el efecto conseguido).

Pero aunque se diseñara una campaña dirigida a la población en general enfocada en las causas, comedida, sin exageraciones, advirtiendo de peligros de forma veraz y razonada, su efectividad seguiría siendo dudosa. Por diversos motivos; el principal, que lo prohibido es atractivo. Entre los jóvenes hacer algo prohibido es un rito de paso para considerarse adulto; hacer lo contrario a lo que dicen los padres es una forma de autoafirmarse, de modo que las campañas insistiendo en que no tomen drogas les están marcando un ca-

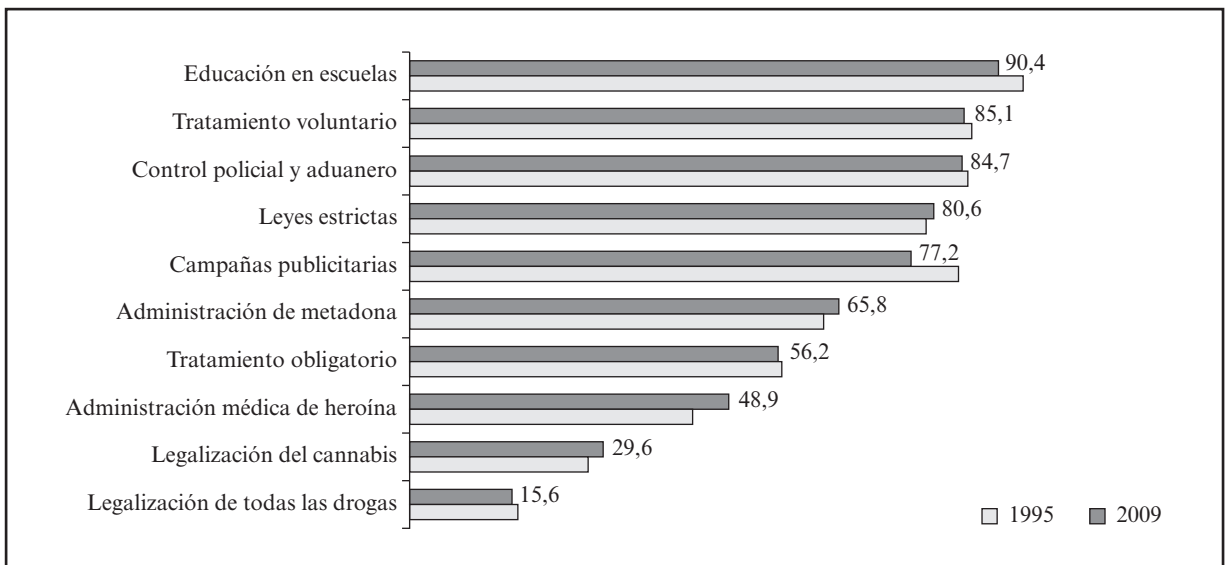
mino, especialmente a los que tienen falta de autoestima, a los más rebeldes, a los que quieren llamar la atención.

Por tanto, ¿por qué se realizan? ¿Quizá porque la gente las recuerda años después? ¿O porque en las encuestas y en las escasísimas campañas evaluadas un alto porcentaje de los ciudadanos afirma que son necesarias y tienen una buena opinión de ellas? (¿quién puede oponerse a este tipo de mensajes que tratan de concienciarnos y prevenirnos de los peligros del abuso de drogas?).

¿No será que las instituciones se dejan llevar por el continuismo y se siguen haciendo campañas porque así se ha hecho en años anteriores? ¿No será que es una de las principales maneras de hacer llegar a la sociedad la idea de que se está haciendo algo contra las adicciones y proporciona además una buena imagen de la institución anunciante?

Además, hay otras vías para educar más eficaces que el gasto publicitario:

1. De hecho, ya hay algunas líneas abiertas, todavía mal utilizadas, como el compro-



FUENTE: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2009.

Figura 11.5. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas.

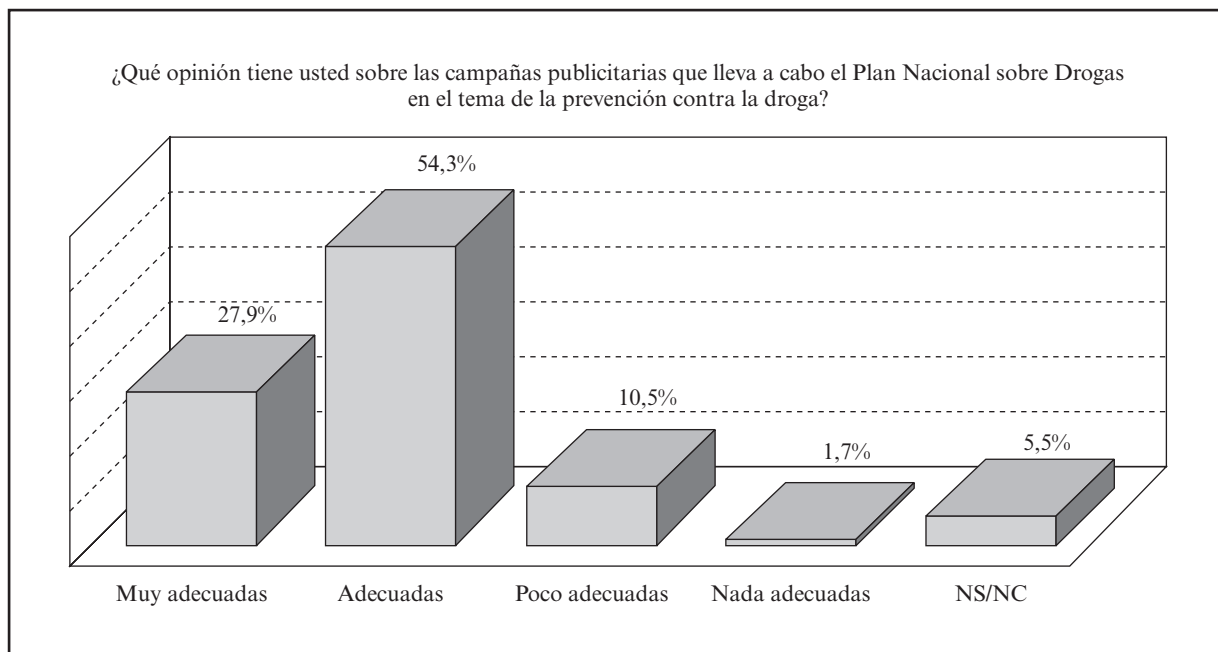


Figura 11.6. Estudio post-test de la campaña «A tope sin drogas» (PNSD, 1999), elaborado por Sigma Dos.

miso que la Federación de Asociaciones de Productores Audiovisuales de España (FAPAE) adquirió a finales de 2005 de recomendar a sus socios, especialmente a los guionistas, que cuidaran el tratamiento de los aspectos relacionados con los consumos de drogas en espacios no informativos de gran audiencia entre los jóvenes, sobre todo teleseries. No hay que olvidar que en todas ellas hay oportunidades de abordar con rigor un fenómeno de gran complejidad como las adicciones (*Aída*, *Hospital Central*, *Física y Química*, etc.).

En esta línea, en la II Reunión del Foro «La sociedad ante las drogas», celebrada en Madrid el 14 de febrero de 2007, su grupo de trabajo «Medios de comunicación» señalaba que, dadas las características de la dramaturgia, que tiene sus propias reglas, y siendo conscientes de que los personajes «moralizantes» suelen tener un «efecto bumerán», provocando efectos psi-

cológicos contrarios a los que se pretende (en este caso, evitar el consumo de drogas entre los adolescentes), sería recomendable que los guionistas y coordinadores de guiones valoraran la importancia de recurrir a fuentes de solvencia acreditadas. Asesorarse adecuadamente a la hora de reflejar el fenómeno de las drogas podría facilitarles su trabajo. Y así, deberían tener en cuenta una serie de pautas para no contribuir a promocionar estilos de vida poco saludables:

- Siempre que se pueda, que los protagonistas («héroes») no asuman conductas negativas y por tanto no se conviertan en los personajes que se acercan al mundo de las drogas. Los héroes de las series tienen una influencia decisiva en los adolescentes. Sería recomendable que los guionistas tuvieran en cuenta que sus conductas y actitudes ante las

drogas podrían contribuir enormemente a reforzar la capacidad de los chavales para afrontar bien los riesgos ante el consumo de sustancias.

- En el caso de que el protagonista consuma drogas en algún momento de la acción, sería aconsejable tener en cuenta las consecuencias negativas de dicho consumo, eso sí, sin caer en la exageración para evitar que resulten poco creíbles o manipuladas ante el espectador.

2. Potenciar iniciativas como la de Telecinco: «Doce meses, doce causas» (www.12meses12causas.telecinco.es/), que ha abordado con rigor en varias ocasiones el fenómeno de las drogodependencias: enero de 2008, «por una juventud sin drogas», www.telecinco.es/12meses12causas/2008_enero.html.

El spot institucional muestra a distintos jóvenes que van llegando de noche a una discoteca. El lugar inspira cierto «mal rollo», pero el portero es amable y deja pasar a todo el mundo. La calle queda desierta una vez que todos los adolescentes están en el local y el portero permanece en actitud de espera hasta que dos de los muchachos abren la puerta para salir. Es entonces cuando sale a relucir el verdadero carácter del guardián, que los empuja violentamente hacia dentro y vuelve a cerrar de un portazo, abandonando a los chicos en un ambiente agobiante y enloquecedor. Finalmente una voz en off advierte: «Entrar es fácil, lo difícil es salir».

En la misma línea de argumentación, es especialmente relevante el contenido del artículo de opinión de Manuel Díaz Prieto «Ineficacia antidrogas. Las reiteradas campañas contra el consumo parecen no servir de nada», publicado el 8 de octubre de 2006 en *La Vanguardia* (revista).

«Joan tiene 20 años y estudia Políticas [...]. Joan fuma algún que otro porro, ha

probado las pastillas y, en una ocasión, la cocaína. Y cuando, con sus amigos, ven alguno de estos anuncios, tienden a partirse de risa.»

A todos nos da la sensación de que esta publicidad está dirigida más a nuestros padres, para que tengan la sensación de que el gobierno hace algo con el tema, que a nosotros.

Elena Salgado, ex ministra de Sanidad, presentaba la nueva campaña de su departamento dirigida a menores de 18 años bajo el lema «Drogas: hay trenes que es mejor no coger» y llamaba poderosamente la atención sobre las cifras referentes al incremento del consumo de estas sustancias: en la última década se había multiplicado por cuatro el consumo de cocaína entre los jóvenes de 14 a 18 años.

Son chavales que han visto repetidamente el anuncio televisivo en el que un gusano se mete por la nariz —que generaba un escalofrío de rechazo en sus progenitores—, lo que no supuso un impedimento para que ellos se iniciasen en su consumo. ¿Por qué sucede esto?

La filósofa y pedagoga M.^a Ángeles Almaceillas pone el dedo en la llaga: «La sociedad actual organiza campañas antidroga y grandes programas de prevención de adicciones y de enfermedades de transmisión sexual. Pero, paradójicamente, de todos los modos posibles fomenta el hedonismo, el apego a los beneficios inmediatos y el utilitarismo. La contradicción es manifiesta y, en consecuencia, no cabe esperar más que el fracaso...».

Para Almaceillas: «Actualmente, los jóvenes sólo aceptan aquello que ellos mismos descubren y comprueban. Cualquier enseñanza que no les llegue mediante una pedagogía de la experiencia la sienten como un atentado a su libertad y la rechazan de inmediato».

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) ha presentado diferentes campañas a lo largo de la última década. ¿Cuáles han sido los resultados? Resulta difícil evaluar los efectos de estas campañas, pero lo cierto es que no han logrado contener la falsa sensación de control que sienten los jóvenes.

Para el director de la fundación, Ignacio Calderón, el problema es el modelo de sociedad en el que vivimos: «Que promueve el consumo al priorizar los valores de inmediatez e individualismo. Además, ya no existe una visión degradada de las drogas, porque ya no vemos heroinómanos tirados en la calle».

Pero para César Martín, consultor independiente y cabeza visible de *alzado.org*, un *think tank* en la red destinado a generar ideas y conocimiento, el problema es bien distinto: «La falta de eficacia de estas campañas y, en ocasiones, el efecto contrario que generan se deben a que meter un mensaje antidrogas entre un anuncio de Fairy y otro de Danone no tiene ningún sentido».

Martín propone que este tipo de campañas sociales dirigidas a los jóvenes busquen otros soportes: «Aquellos en los que hoy realmente están los chavales: Messenger, los sms, los blogs... que es donde se informan. Además, está el tema de la credibilidad: si el anuncio dice que las pastillas matan y el chico que las toma el fin de semana ve que no le pasa nada —porque los efectos a largo plazo son más difíciles de comunicar—, ya no se creará el resto del mensaje».

Rosh (investigador de la cultura de la droga) reconoce que las drogas no son inocuas, pero que exagerar sus peligros agrava la situación. En su opinión, los mensajes deberían ser: «no beba si ha tomado antibióticos», «no mezcles marihuana y alcohol» o «bebe mucha agua si has tomado éxtasis», que serían más efectivos. De la misma

opinión es la magistrada Nicole Maestracci, que presidió el departamento interministerial de lucha contra las toxicomanías en Francia y ha publicado un pequeño opúsculo titulado *Las drogas*: «Las grandes campañas de comunicación no sirven para hacer prevención, ya que tienden a ser demasiado generales para adaptarse a la diversidad de los comportamientos».

5. CONCLUSIÓN

«Hace ya décadas que la OMS defiende el concepto de competencias para la vida: el desarrollo de habilidades para conocer (autoconocimiento, resolución de problemas, pensamiento crítico y creativo); habilidades personales (autoestima, valores, manejo de emociones), y habilidades interpersonales (comunicación, empatía, negociación, rechazo). Tal vez ha llegado el momento de impulsar e integrar de forma normalizada todos estos aprendizajes en la programación escolar y otras redes socioeducativas e ir reduciendo la prevención puntual y general. La prevención de drogas necesita una mayor normalización, menos publicidad y más escuela, menos información y más formación, menos delegación y más participación activa, menos síncope y más constancia.»

(Máximo Portela, psicólogo clínico y director de la Unidad de Drogodependencias de Cangas-Pontevedra, en «Récord mundial en consumo de cocaína», *El País*, 31 de julio de 2007.)

Prevención efectiva de las drogodependencias en la escuela

12

MANUEL ISORNA FOLGAR

1. MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA EN ESPAÑA

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias que se realiza cada dos años en España (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ESTUDES, 2008, 2009) permite conocer la magnitud y características del problema del consumo de sustancias psicoactivas en chicas y chicos escolares entre 14 y 18 años. Sus resultados ofrecen información sobre la prevalencia por sexo y edad del consumo de cada una de las sustancias, tanto una vez en la vida como en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Este estudio se viene realizando desde 1998, por lo cual podemos comparar los resultados a través de los años y observar las tendencias que va presentando el consumo de cada sustancia por ambos sexos.

En el cuadro 12.1 se presenta la proporción de chicos y chicas escolares entre 14 y 18 años del Estado español que han consumido cada una de las sustancias en los últimos 30 días. Como se observa, la sustancia que ocupa el primer lugar es el alcohol, que una mayoría lo ha consumido en los últimos 30 días, seguida del cigarrillo (alrededor de la tercera parte) y, en tercer lugar, el cannabis.

1.1. Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen mucho más todas las drogas ilegales que las chicas, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. En el caso de las bebidas alcohólicas, la proporción de consumidores es parecida. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre los consumidores es más elevada en los hombres que en las mujeres (cuadro 12.1).

En el caso de las drogas ilegales, las diferencias relativas por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más reciente o intensivo. De hecho, en general el cociente entre la prevalencia de los hombres y la de las mujeres es algo mayor para los últimos 30 días que para alguna vez en la vida (excepto para la heroína), fenómeno que ya se venía observando en encuestas precedentes.

Como punto especial de vigilancia está la manifestación de la tendencia desde hace años de que las chicas están consumiendo tabaco en mayor proporción que los varones (33,8 frente a 30,9). Asimismo, el alcohol, que últimamente se venía consumiendo en proporciones similares por ambos sexos, o ligeramente menos por las chicas, en 2008 aparece con un mayor consumo por parte de ellas (57,7 frente a 59,4). El cannabis presenta un consumo algo superior por los varones

CUADRO 12.1

Evolución de la prevalencia por sexos en porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos treinta días entre la población estudiantil de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años. España, 2008

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6	30,9	33,8
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4
Hipnosedantes															4,0	6,1
Hipnosedantes sin receta	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2
Éxtasis	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6
Alucinógenos	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7
Cocaína	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2
Heroína	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3
Volátiles	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5
GHB															0,8	0,3

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2009), ESTUDES 2008.

(23,0 frente a 17,2), mientras que en el resto de las sustancias ilegales, de mucho menor consumo por ambos sexos, los chicos duplican a las chicas en porcentaje de consumidores.

primer consumo de alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y alucinógenos y un cierto descenso en el caso de la heroína y las anfetaminas (cuadro 12.2).

1.2. Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2008 las sustancias que empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), y las edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen la heroína, los tranquilizantes o pastillas para dormir y el cannabis. Por su parte, el éxtasis, la cocaína, los alucinógenos y las anfetaminas son las sustancias que se empiezan a consumir a una edad más tardía (cuadro 12.2).

Con respecto a 2006, se aprecian un aumento de la edad media de inicio del consumo de tabaco, inhalables volátiles y del consumo semanal de alcohol, una estabilización de la edad media de

1.3. Diferencias en el consumo por edad

La edad es una variable que influye decisivamente en la extensión del consumo de drogas en esta población. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años (cuadro 12.3).

La mayor extensión del consumo de alcohol y cannabis se produce entre los 14 y los 15 años, mientras que la de cocaína, por ejemplo, se produce entre los 17 y los 18 años. Si se comparan las prevalencias de consumo reciente o actual (últimos 12 meses y últimos 30 días) por edad con las de 2006, observamos que el consumo de tabaco y tranquilizantes o pastillas para dormir ha aumentado en todos los grupos de edad, que el consumo de alcohol ha disminuido en los de 16-

CUADRO 12.2

Evolución de la edad media de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de educación secundaria de 14-18 años. España, 1994-2008

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3
Tabaco (consumo diario)	—	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7
Alcohol (consumo semanal)	—	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6
Hipnosedantes sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4	15,3
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4
Inhalantes volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2009), ESTUDES 2008.

CUADRO 12.3

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2008

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Tabaco	18,2	28,8	34,1	40,7	48,3
Alcohol	36,2	52,9	63,8	71,9	75,1
Hipnosedantes	3,6	4,5	5,6	5,4	7,7
Hipnosedantes sin receta	2,0	2,7	3,4	2,8	3,9
Cannabis	8,5	16,9	22,1	27,3	31,1
Éxtasis	0,6	1,0	0,9	1,4	1,8
Alucinógenos	0,9	0,9	1,2	1,5	1,8
Anfetaminas	0,5	0,8	1,1	1,6	2,8
Cocaína	0,9	1,7	1,8	2,4	4,5
Heroína	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3
Inhalantes volátiles	0,7	0,8	1,0	1,2	1,1
GHB	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2009), ESTUDES 2008.

18 años, pero no en los de 14-15 años, y que el consumo del resto de las sustancias ha tendido a disminuir en todas las edades, excepto entre los de 14 años. De hecho, en este último grupo de edad aumenta el consumo de todas las drogas.

1.4. Riesgo percibido

Según recoge la encuesta nacional, el alumnado valora poco los riesgos del consumo de alcohol, básicamente del «atracción», que ha demostra-

do ser un abuso de elevada nocividad para el cerebro de chicas y chicos adolescentes. Es necesario destacar también los resultados de la encuesta con respecto al marco de ocio y las características en que se desarrolla el consumo de alcohol de chicas y chicos entre 14 y 18 años. El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana y se bebe, sobre todo, en bares o pubs, en espacios abiertos (calles, plazas, parques, «botellón») o en discotecas. Del alumnado que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente la totalidad (99,8 por 100) ha bebido en fin de semana, aunque un 39,3 por 100 lo ha hecho en días laborables. Un 23 por 100 del conjunto de chicas y chicos encuestados bebe todos los fines de semana. Esta situación deriva, entre otras, en una conducta arriesgada ante el volante en parte de la población adolescente estudiada, al encontrarse que el 9,5 por 100 declara haber conducido en los últimos doce meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que asciende a un 23,5 por 100 a los 18 años.

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, con bastante diferencia sobre las demás. Un 35,2 por 100 lo han probado alguna vez en la vida, un 30,5 por 100 lo han consumido en el último año y un 20,1 por 100 en los últimos 30 días. El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana; la edad media de inicio en el consumo en los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años se sitúa en los 14,6 años, siendo similar en ambos sexos, y no muestra variaciones significativas con respecto a años anteriores.

Los niveles de riesgo percibido por los adolescentes, asociado al consumo de las diferentes drogas, están condicionados por la frecuencia de uso de éstas y por la imagen que tienen de cada sustancia. El consumo ocasional de tabaco, habitual de alcohol en el fin de semana, ocasional de tranquilizantes, diario de alcohol y ocasional de cannabis es la conducta que menos riesgo genera. Señalar que el consumo habitual de cannabis se asocia a menores problemas que el consumo habitual de tabaco y tranquilizantes.

1.5. El policonsumo de sustancias psicoactivas

Un 96,2 por 100 del alumnado que ha fumado tabaco en los últimos 12 meses ha bebido también alcohol en el mismo periodo, y en un 64,7 por 100 ha consumido cannabis (ESTUDES, 2008). Paradójicamente, la encuesta también comprobó que, a pesar del elevado consumo de sustancias adictivas en la población estudiantil de 14-18 años, la gran mayoría de chicos y chicas afirma que están muy bien informados acerca de los efectos y problemas que les pueden ocasionar.

1.6. Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias

Como indica Becoña (1999), para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo. A pesar de que parece que la *disponibilidad* de drogas es un factor esencial para el consumo, los estudios muestran que no siempre aparece como un factor claramente relacionado con el consumo de drogas (Newcomb y Félix-Ortiz, 1999). Se considera que la disponibilidad de drogas, cuando tiene efecto, lo hace a través de la presión de los iguales, el abuso de sustancias en la familia, el género, el estatus socioeconómico y la aculturación (Mayers y Kail, 1993). Una variable que sí tiene relación es la *accesibilidad* a las sustancias. En distintos estudios se ha detectado que la facilidad del acceso a las sustancias se asocia con un mayor consumo en los adolescentes (Dewey, 1999). Así, cuando el precio es bajo, la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad del consumo es menor. Esto se ha podido analizar en las drogas legales en aquellos países que han utilizado el incremento de precios para controlar el consumo (Chaloupka et al., 2000).

La Encuesta Estatal arroja información de valor sobre las normas, disponibilidad y regulaciones del consumo de sustancias en España. En cuanto al centro escolar, la permisividad con el hábito de fumar tabaco, tanto por el alumnado como por el profesorado, que debe ser modelo a imitar, está presente en una buena proporción de casos. Un 24,5 por 100 del alumnado refiere haber visto fumar a *profesores* dentro del recinto de la escuela más de la mitad de los días en el último mes. La proporción era bastante más elevada en la enseñanza pública (28,7 por 100) que en la privada (15,6 por 100). Asimismo, un 52,6 por 100 había visto fumar a *estudiantes* dentro del recinto del centro educativo, más de la mitad de los días, en los últimos 30 días previos a la encuesta, cifra que va desde el 41,6 por 100 a los 14 años hasta el 61,2 por 100 a los 18 años. En este caso, la proporción también es más elevada en la enseñanza pública (57,4 por 100) que en la privada (41,9 por 100).

Con respecto a la disponibilidad percibida de sustancias, en 2008, al igual que en años anteriores, las drogas percibidas por el alumnado como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 90,8 por 100 pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, y un 63 por 100, el cannabis. Es de señalar la facilidad con la que pueden acceder también al resto de las drogas ilegales, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de estudiantes percibe facilidad en la obtención de cocaína, más de la cuarta parte considera fácil conseguir alucinógenos, anfetaminas y éxtasis, y casi la cuarta parte, la heroína.

Ante la realidad descrita en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente estudiantil y la evolución que ha tenido la problemática, todo indica que las campañas de información y comunicación de riesgos dirigidas específicamente a la población joven y las medidas y acciones preventivas puestas en práctica en forma de intervenciones en la escuela y la comunidad, y de políticas, legislaciones, normativas para limitar la oferta y la demanda de sustancias legales e ilegales, no han logrado reducir con mayor apremio esta preocupante realidad.

2. REPERCUSIONES A CORTO-LARGO PLAZO DE ESTA SITUACIÓN EN NUESTROS JÓVENES

La masiva incorporación de adolescentes y jóvenes de ambos sexos, especialmente las chicas, como consumidores de drogas (principalmente bebidas alcohólicas, tabaco y derivados del cannabis) se está traduciendo no sólo en un importante incremento de las prevalencias de uso de estas sustancias, sino en la instauración de una imagen normalizada de las drogas y en la banalización de los efectos asociados a su consumo. Ello está provocando un cambio importante en las percepciones sociales sobre las drogas, observándose la reducción drástica de los niveles de rechazo de las mismas, su creciente aceptación (expresa o tácita) y la normalización de su consumo, en especial entre los grupos juveniles, aquellos que de forma directa o indirecta están más familiarizados con su presencia. Pero además, ha condicionado las posiciones y respuestas de los distintos agentes sociales (familias, profesionales de la educación y la salud, etc.) y de las propias instituciones, resignadas a convivir con esta realidad.

El resultado de este proceso es que el consumo de alcohol y otras drogas ha pasado a convertirse en un elemento de referencia de la cultura juvenil, ocupando un papel central en el tiempo de ocio del fin de semana y actuando como elemento de integración social. Una potente estrategia de marketing desarrollada por la industria vinculada a la distribución y venta de bebidas alcohólicas y del ocio nocturno ha conseguido consolidar la asociación jóvenes-alcohol-diversión-amigos como un referente de la identidad juvenil. El estereotipo cultural de lo que hoy día significa ser joven pasa por ocupar el tiempo de ocio del fin de semana en consumir alcohol y otras drogas con los amigos para divertirse, y sustraerse a este modelo implica para los jóvenes el riesgo de ser excluidos por los iguales.

Debemos tener en cuenta la acumulación creciente de la evidencia científica acerca de la nocividad del consumo de tabaco, alcohol y cannabis para el organismo adolescente, señalando los

nuevos daños y riesgos que comportan para chicas y chicos la iniciación temprana y el abuso de las sustancias, al estar su cerebro todavía en desarrollo y no haber alcanzado la madurez completa (Breyer et al., 2005; López, 2008; Tapert et al., 1999, 2001, 2005; Cadaveira, 2009). El desarrollo del conocimiento neurocientífico nos ha enseñado que durante la instauración del proceso adictivo el cerebro humano adquiere una neuroadaptación bioquímica y neuronal. Asimismo, es muy probable que el cerebro humano adquiera paralelamente una neuroadaptación funcional, es decir, una neuroadaptación en la dinámica integradora de sus funciones cognitivas y ejecutivas o volitivas. Estas funciones tienen que ver con la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción consecuentes con dicha información (Lorea, 2005; Tejero, 2003).

Existen también nuevos resultados que refuerzan lo encontrado sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las chicas, en particular, a los efectos y peligros del tabaco, el alcohol y el cannabis, y, en general, su mayor susceptibilidad a la nocividad y toxicidad de todas las drogas y peores consecuencias de su uso y abuso (Buddy, 2003; Naimi, 2003).

Por todo lo anterior, se hace necesario diseñar e implementar medidas e intervenciones «que funcionen», las llamadas «mejores prácticas» basadas en la evidencia científica, que resulten exitosas en disminuir entre nuestros chicos y chicas adolescentes el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. Se requiere también un enfoque de género que tenga en cuenta las necesidades, particularidades y especificidades de ambos sexos ante el consumo de sustancias psicoactivas (García Averasturi, 2010).

3. ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN EN EL SISTEMA EDUCATIVO

El modelo más aplicado en la actualidad es el que incluye no sólo conocimientos sobre drogas y capacidad de decir que no, sino también un es-

pectro más amplio de competencias (*life skills*, o habilidades para la vida), como la toma de decisiones, establecimiento de metas, gestión del estrés, autoafirmación y habilidades de comunicación. De hecho, enfrentarse a la experiencia directa de consumir drogas no es una práctica común en la adolescencia, mientras que la necesidad de hacer elecciones racionales, mantener la propia opinión o criticar las reglas y normas de grupos son sucesos más comunes. Con relación a las normas sociales, se observó que los niños y adolescentes que perciben el consumo de sustancias como algo normal y tolerado tienen más probabilidades de comenzar a consumirlas ellos mismos en comparación con compañeros de edad similar que no comparten esta creencia.

Los programas actuales contienen herramientas para aclarar las creencias sobre frecuencia y aceptación del consumo de sustancias, así como sobre los intereses promovidos en su marketing. Además, tratan de vincular actividades desarrolladas tanto en la escuela como en la comunidad, ya que tienen más posibilidades de tener éxito que los programas escolares que se realizan de forma aislada. En resumen, los programas que combinan la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias se denominan «programas basados en el modelo de influencia social integral» (CSI) (Bohrn et al., 2008).

La promulgación de la LOGSE en el año 1990 hace obligatoria la educación para la salud como un tema central del currículum escolar, junto con otros temas como la educación ambiental, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, etc. Está previsto que la prevención de las drogodependencias ocupe un espacio dentro de la educación para la salud. La LOGSE supone el reconocimiento oficial de la necesidad de la prevención en todas y cada una de las escuelas. Pero, como muchas veces ocurre, la realidad no es un reflejo inmediato de las leyes promulgadas. Hace falta una voluntad decidida y medios para que se produzcan cambios, y ambas cosas han escaseado en la puesta en marcha de

esta reforma y sobre todo de la prevención de las drogodependencias (Calafat, 2000).

En este contexto, y como resultado de la limitada eficacia que se atribuyen los diversos programas tradicionales de educación sobre las drogas, en España se han confirmado dos estrategias que en la actualidad, para muchos, se mantienen como contrapuestas en las actividades de prevención de la drogodependencia: la primera, que impera en Estados Unidos, continúa con la línea de perfeccionamiento de los programas específicos incluyendo la intervención en el contexto social en que se desarrollan (Jonhson, Hansen y Pentz, 1986) y buscando mejorar las técnicas de los programas (Botvin y Wills, 1985). Se utilizan nuevas estrategias de prevención basadas en un conocimiento más completo de las razones por las cuales los jóvenes se ven involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas, centrándose en los factores psicosociales que aumentan el inicio en dicho abuso. Los trabajos realizados bajo el enfoque de «influencia social» (entrenamiento en habilidades de resistencia) han mostrado que pueden lograr disminuciones significativas en la conducta de fumar, con resultados que van desde el 33 por 100 hasta el 39 por 100 en la reducción de nuevos fumadores en el grupo de intervención frente al grupo de control; por su parte, los enfoques de «aprendizaje de habilidades sociales y personales generales» han mostrado en los estudios que valoran su efectividad efectos muy importantes en la conducta de los jóvenes con reducciones en nuevos casos de fumar experimental del 42 por 100 al 75 por 100 (Botvin et al., 1995); la segunda considera que la prevención del consumo de drogas ha de considerarse en el contexto de la educación para la salud, que con la reforma educativa se incorpora en el diseño curricular base como materia obligatoria (línea transversal), más acorde con la LOGSE. Siendo muy positivo el planteamiento, pues dentro de una materia general como ésta el problema de las drogas está contextualizado y no despierta un interés especial, si nos centramos en el problema de la prevención del consumo de droga son muchos los riesgos que se corren de limitar nuestra actuación

al contenido de una materia tan amplia. El problema puede plantearse si se considera que el papel de la escuela, tan importante en la prevención del consumo de las drogas, se reduce o queda justificado con actuaciones que serían en la mayoría de los casos puramente informativas o rutinarias. Lo que se necesita es un compromiso de toda la comunidad educativa (padres, profesores y alumnos) y su inclusión en el proyecto educativo de centro (Vega, 2005). Esto permitiría que la escuela pusiese en marcha todo tipo de actuaciones, escolares y extraescolares, dirigidas a los alumnos y a padres, actuaciones que puedan utilizar otros recursos comunitarios de forma coordinada. Con esta formulación nos adentramos en un modelo de actuación con importantes limitaciones metodológicas en el que es difícil operativizar la meta a alcanzar y que no permite disponer el trabajo de forma que se pueda evaluar la eficacia real, situación en la que nos encontramos en la actualidad.

La reforma y mejora del sistema educativo y el desarrollo de programas de educación integral en la escuela que eviten un tratamiento diferenciado de las drogas son, sin duda, estrategias importantes a desarrollar y que pueden demostrar un gran potencial a la hora de influir sobre las actitudes y comportamientos de los jóvenes en relación, también, con el problema de las drogas. Sin embargo, consideramos que estas actuaciones inespecíficas deben complementarse con actuaciones específicas en edades críticas (especialmente con respecto al alcohol y tabaco), pues, como afirma Calafat (1988), sabemos lo difícil que resulta que el joven, cuando se encuentra en una situación real de oferta, en la que tiene que tomar alguna determinación, utilice en el sentido deseable, desde el punto de vista de la salud, la información de que dispone. Este mismo autor, Calafat (1994), apunta que la inespecificidad del abordaje de la prevención de las drogodependencias se refiere especialmente al enfoque global, que exige que el tema de la droga sea abordado junto con otras temáticas pero considerando que caben dentro de este marco general actuaciones específicas, siendo esto particularmente más ne-

cesario en el caso de la prevención del consumo de drogas legales.

A continuación señalamos algunas de las reflexiones sobre la LOGSE (1990) en torno a la implementación de programas de prevención de drogodependencias en la escuela por Calafat (1994, 2000):

- Ni la LOGSE (1990) ni la LOE (2006) aseguran **ni la forma ni el marco actual en que el tema de las drogas será tratado en cada colegio ni la extensión y la metodología necesarias**. Obviamente la situación actual es mejor que la anterior, cuando no había ninguna obligación de tocar el tema de las drogas, pero el carácter obligatorio no puede ir más allá de asegurar un tratamiento mínimo de cada cuestión, y menos todavía se puede tener la certeza de que el tema será abordado con las necesidades didácticas que requiere.
- No asegura ni **la cantidad ni la calidad de la formación del profesorado en prevención de las drogodependencias**. Esta reforma de la ley educativa en su conjunto supone un giro importante en contenidos y fórmulas didácticas, pero, como recoge el propio Ministerio de Educación y Ciencia (1992): «El profesor, de acuerdo con el modelo que se dibuja, ha de pasar de ser un transmisor de saberes ya elaborados a una persona que motiva y plantea problemas de salud presentes en el medio, que tiene en cuenta las ideas de los alumnos y diseña actividades de aprendizaje, que realiza intervenciones adecuadas de ayuda, que promueve la búsqueda de información, que aporta materiales de apoyo, que ayuda a la elaboración de conclusiones y colabora con los estudiantes en el diseño de estrategias de difusión».

Más allá de temas motivacionales del propio profesorado, el tema de la formación en la prevención de drogodependencias está lejos de ser una cuestión fácil y resumible en la transmisión de unos conte-

nidos (Amengual et al., 1991). En relación con la formación del profesorado, el Comité Europeo para la Salud del Consejo de Europa (1991) señala literalmente lo siguiente: «Es esencial que los mismos enseñantes sean aptos en sus contactos diarios con los alumnos para sensibilizarles preventivamente al uso de drogas... Salvo si están formados como corresponde en cuestiones de psicología del toxicómano y del consumo de drogas, los enseñantes no llegarán a convencer a los jóvenes del peligro. Además, aquellos profesores formados y bien informados serán más capaces de trabajar con jóvenes con problemas de drogas y aprovechar los importantes canales de comunicación existentes entre los padres, los alumnos y ellos mismos». Y se sigue diciendo: «Es necesario que los enseñantes hagan cursos especiales de formación profesional para ayudarles a adquirir los conocimientos y las aptitudes necesarios».

- Una cuestión por resolver es **saber cuál es la forma definitiva que adquirirá en la práctica la prevención de drogodependencias dentro del desarrollo e implementación del programa de prevención de drogodependencias, para comprobar si cumple con los mínimos previstos en la concepción original del programa**. Es lo que se llama fidelidad al programa (o sea, el grado en que el programa se realiza en la práctica tal como fue diseñado), que, junto con la reinención (elementos o desarrollos que son introducidos espontáneamente por los propios profesionales que aplican el programa ajenos a su concepción original), son cuestiones a tener en cuenta para conocer qué es lo que realmente están recibiendo los chicos.
- Existen además importantes cuestiones científicas por resolver. Una cosa es que hayamos acertado con el marco, en este caso el de la educación para la salud, con un tratamiento transversal, dentro del currículum escolar, y la otra es que **importa**

conocer de forma experimental los efectos del programa sobre los alumnos, en las condiciones ordinarias de desarrollo que plantea, y en qué grado se cumple con los objetivos preventivos previstos.

- Es importante resolver **la conexión de la escuela con la sociedad y con los programas comunitarios de prevención.** En líneas generales esta relación no es muy fluida. Es claro que se deben complementar dichos programas con un trabajo con los padres y el resto de la comunidad. Pero, nuevamente, más allá de las declaraciones de principios, no es una tarea fácil de llevar a la práctica, y se requeriría desarrollar una estrategia específica, con sus recursos humanos y técnicos.

4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL EFECTIVOS EN LA ESCUELA: PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

Como en toda pretensión de síntesis, sobre la información disponible en un campo determinado, se ha de ser sumamente cauto a la hora de integrar los resultados de los diversos estudios. Es decir, aunque todos los estudios analizados se centran en programas escolares para la prevención del consumo de drogas, estos estudios se realizan en periodos temporales distintos, empleando una amplia variedad de medidas de resultados, y se caracterizan por una gran heterogeneidad metodológica. No obstante, de las revisiones anteriormente detalladas se pueden extraer ciertas conclusiones de utilidad sobre las características de los programas eficaces basados en la evidencia empírica (Gázquez et al., 2009).

La escuela no es sólo un lugar donde se adquieren aprendizajes conceptuales y procedimentales, sino que sirve también para adquirir aprendizajes relacionados con la conducta social, aprendizajes afectivos y actitudinales que son necesarios para enfrentarse adecuadamente al con-

sumo indebido de drogas. El objetivo final de la educación es el desarrollo integral de la persona. Por eso debemos prestar especial interés a aquellos síntomas, entre los que se encuentran los problemas con drogas, que indiquen que dicho desarrollo no se está produciendo correctamente (Alonso et al., 1996). Las escuelas tienen la capacidad de llegar a un número grande de escolares, y los programas que se implementan en el horario escolar son relativamente viables para su puesta en práctica, comparados con otros programas, como pueden ser los de ámbito familiar o basados en la comunidad (Soole et al., 2008). La escuela, como agente socializador de primer orden, ofrece a los estudiantes la posibilidad de adquirir el conocimiento y las habilidades para ser ciudadanos competentes y refuerza las actitudes y comportamientos prosociales. Como ambiente protector, la mayoría de las escuelas se supone que están libres de sustancias o drogas y que incluyen actividades para relacionar a progenitores y familias con el personal docente.

La escuela es el ámbito ideal para la implementación de los programas preventivos por diversos motivos (Alonso et al., 1996):

- Es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas, bien modificándolas en aquellos casos en que sea preciso.
- Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Los alumnos en la edad escolar están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- La obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.

- Es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.
- La LOGSE crea un marco, la educación para la salud, en el que trabajar la prevención del abuso de drogas.

Los programas preventivos escolares universales son convincentes por diversos motivos: son económicos porque llegan a una población grande, a la vez que los objetivos de salud son amplios: evitar consumir tabaco, alcohol, drogas y la obesidad. Al dirigirse a jóvenes, los programas basados en la escuela intervienen en una población en la que la prevalencia es la más elevada, al igual que los beneficios potenciales para la vida futura (Sloboda, 2008).

4.1. Bases para la implementación de programas preventivos en la escuela

La prevención, si se lleva a cabo únicamente con buenas intenciones, puede ser perjudicial e incrementar la curiosidad y el interés de los y las jóvenes por las sustancias psicoactivas. Para que resulte segura y eficaz, no basta con aplicar sólo componentes eficaces; también tienen que ser presentados de manera coherente, en el orden correcto, de modo que los diversos componentes se refuerzan entre sí, en lugar de limitarse a abordar temas de manera casual y según el humor del momento. Estos protocolos completos de implementación, que incluyen manuales, materiales e información para todas las sesiones, han sido considerados a menudo difíciles de llevar a la práctica en la vida real de las escuelas. De hecho, no es una tarea fácil, ya que requiere planificación, una estrategia global y mucha comunicación (Burkhart y Crusellas, 2002).

A continuación presentamos la información básica sobre estos aspectos contenida en la revisión

entre otros de la OMS (2002) y el European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2006a) y Tobler et al. (2000):

4.1.1. Según la metodología: programas interactivos, orientados a la actividad

«La OMS recomienda que los programas educativos de consumo de sustancias sean interactivos, implicando el intercambio de ideas y experiencias en la población estudiantil a la que van dirigidos. El desarrollo de habilidades, la práctica de habilidades y la retroalimentación son también elementos importantes de los programas educativos en consumo de sustancias» (WHO, 2002).

En función del nivel de interacción que proporcionan en clase, los programas se clasifican en dos categorías (Tobler y Straton, 1997; Tobler et al., 2000):

- *Programas no interactivos*: presentación teórica de la información con escasa interacción, o metodologías que incluyen la interacción entre profesor y alumno, pero no entre alumnos.
- *Programas interactivos*: programas cuya estructura se basa en grupos de discusión y estimulan la interacción entre iguales o estructuras que propician una interacción máxima.

Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: *role-playing*, modelado activo, discusión y debate. Incluso cuando se analizan controlando variables como el tipo de sustancia y la etnicidad. Los programas interactivos son, como mínimo, dos veces más efectivos que los programas no interactivos y hasta cuatro veces más (Tobler y Straton, 1997).

Los programas interactivos proporcionan oportunidades de contacto y de comunicación para el intercambio de ideas entre participantes y estimulan el aprendizaje de las habilidades para el rechazo de drogas (Tobler et al., 2000); este in-

tercambio de ideas y experiencias por parte del alumnado, la oportunidad de practicar nuevas habilidades y de obtener retroalimentación sobre la práctica de las mismas, actúan como un catalizador del cambio, más que cualquier rasgo de contenido crítico del programa. Se plantea que, si los programas actuales fueran reemplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación en consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5 por 100 (García Averasturi, 2010).

Se ha encontrado en las investigaciones recientes que se debe tener precaución cuando se agrupa a los adolescentes de alto riesgo en intervenciones preventivas de grupos paritarios. Se ha demostrado que tales grupos producen resultados negativos, ya que los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas (Dishion et al., 2002).

La recepción de retroalimentación y la crítica constructiva en una atmósfera de confianza permiten a los estudiantes poner en práctica las recién aprendidas habilidades de rechazo (Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000).

Tobler et al. (2000) encontraron para los programas interactivos un tamaño del efecto de 0,15 en relación con el consumo de tabaco (basado en 105 valores) y un tamaño del efecto de 0,13 para el consumo de alcohol (calculado en base a 66 valores) y para el consumo de cannabis (basado en 37 valores). Al mismo tiempo, mostraron que los programas que enfatizaban contenidos de conocimiento y/o afectivos tendían a utilizar métodos no interactivos. Mientras que los programas que destacaban el conocimiento con las habilidades de rechazo, y el conocimiento junto con las habilidades de rechazo y las habilidades genéricas, tendían a usar métodos interactivos. Los programas que redujeron el consumo de drogas emplearon métodos interactivos, mientras que los otros programas usaron métodos no interactivos. De igual modo, hallaron que los programas eran más diferenciados por el tipo de aplicación que por su contenido, y que en los resultados ejercía una influencia mayor el tipo de aplicación que el contenido.

4.1.2. Sesiones de repetición

«Es importante que los programas sean sostenidos a través del tiempo para la efectividad del cambio de comportamiento» (WHO, 2002).

Se considera de valor incorporar sesiones de repetición durante un número de cursos académicos a través de los años escolares. Las sesiones de repetición ofrecen la oportunidad de reforzar y construir mensajes durante un número de años adaptados a la edad y desarrollo del alumnado (WHO, 2002). El número de sesiones identificado en la literatura varía entre 5 y 17, pero comúnmente implica un mayor número de sesiones en el año inicial y menos sesiones en los siguientes años. Se plantea que la intensidad del programa sea de una duración de 15 o más horas, incorporando diez sesiones en el primer año, seguidas de, por lo menos, cinco sesiones en el segundo año. Comúnmente los programas se aplican con más intensidad el primer año y desarrollan pocas sesiones en años sucesivos (aproximadamente tres años). Incluso algunos autores sugieren que se realice una tercera fase de recuerdo cuando los datos de prevalencia indican un aumento en el consumo o cuando el contexto de consumo cambia (Shope et al., 2001; Williams et al., 1999). No obstante, no está claramente dilucidado qué tipo de programas se pueden beneficiar al añadir este componente, por lo que, probablemente, las sesiones de recuerdo aumenten la eficacia de los programas dependiendo de otras características de los protocolos. En otras publicaciones se sugieren menos sesiones en general, abarcando cuatro, cinco, hasta ocho sesiones iniciales, seguidas de tres, cinco u ocho sesiones de repetición y posiblemente una tercera fase de repetición cuando los datos de prevalencia indiquen un aumento en el consumo, o cuando el contexto de consumo cambie. Se recomienda que los programas de educación en prevención de drogodependencias en la escuela se implementen un número de años y se construyan habilidades, conocimientos y experiencias en chicas y chicos a medida que progresan a través del tiempo. Puesto que no se aprecian ni en horas de intervención, ni en semanas

del programa que indicarían que a mayor cantidad e intensidad del programa, mejores resultados, este hallazgo significa que es preferible que las intervenciones se distribuyan en un número mayor de sesiones breves a que se concentren en un número menor de sesiones largas (Espada et al., 2002). Generalmente, un mayor número de sesiones debe ofrecerse el primer año (cuatro-diez sesiones) con seguimiento de tres-ocho sesiones y de cinco-ocho sesiones en años siguientes (EMCDDA, 2006a; García Averasturi, 2010).

4.1.3. *Sesiones de recuerdo*

Los programas que introducen sesiones de recuerdo logran mantener los efectos positivos alcanzados e incluso, en ocasiones, los aumentan; este efecto positivo en el impacto de los programas al añadir sesiones de recuerdo o algún reforzador similar es general para todas las sustancias (Cuijpers, 2002; Flay, 2000; Paglia y Room, 1998; Shope et al., 2001; Skara y Sussman, 2003). En la actualidad se han empleado diversos tipos o formatos de sesiones de recuerdo, como intervenciones telefónicas y correos electrónicos (Elder et al., 1993), sesiones adicionales en el aula (Ellickson y Bell, 1990) e incluso dossiers con materiales preventivos (Dijkstra et al., 1999). En general, todos los formatos de sesiones de recuerdo refuerzan los mensajes y habilidades adquiridos una vez finalizado el programa (Gázquez et al., 2003).

4.1.4. *Mantenimiento de los efectos*

Un tema de gran importancia es la necesidad de realizar medidas de seguimiento a largo plazo de los efectos de los programas preventivos para determinar si mantienen sus efectos. Es decir, es necesario mostrar si un pequeño retraso en la edad de inicio implica un futuro retraso en el consumo regular de sustancias o no progresar hacia el uso regular (White y Pitts, 1998).

A este respecto numerosos autores indican que los efectos preventivos típicamente no se mantie-

nen y/o gradualmente decaen con el paso del tiempo (Bell et al., 1993; Flay et al., 1989), lo que sugiere la necesidad de continuar la intervención o incluir sesiones de recuerdo. Sin embargo, existen estudios que informan de efectos positivos en la conducta de consumo tres años después de la aplicación de programas basados en el modelo de influencia social (Luepker et al., 1983; McAlister et al., 1980).

Con un período mínimo de 24 meses se han encontrado mejores resultados para los grupos de intervención frente a los controles en el consumo de tabaco (una reducción del 11,4 por 100 con un rango de 9 a 12 por 100), en el consumo semanal de alcohol (entre un 6,9 por 100 y un 11,7 por 100) y efectos provisionales para el cannabis en un período de tres a 24 meses (Skara y Sussman, 2003).

Análogamente, la evaluación del programa *Life Skills Training*, tras seis años de la línea base, arroja menores niveles de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los grupos de intervención con alta fidelidad (que recibieron un 60 por 100 del programa) en comparación con el grupo control. Por otro lado, datos recogidos en una muestra de individuos seguidos durante el año después de la escuela secundaria arrojan niveles significativamente más bajos entre los estudiantes de los grupos intervenidos frente a los controles con respecto al uso de alucinógenos, heroína y otras drogas ilícitas (Botvin, 1999b).

4.1.5. *Según los contenidos a desarrollar*

Los estudios de metaanálisis que han examinado metódicamente las intervenciones preventivas para el consumo de drogas en la adolescencia han evidenciado que los programas de prevención pueden tener efectos positivos a corto plazo. A su vez, han hallado que ciertos contenidos y metodologías de instrucción obtienen mayores resultados que otros (Tobler et al., 1999, 2000); estos autores clasifican los contenidos de los programas escolares en varios dominios:

- **Conocimiento:** información sobre los efectos de las drogas, las consecuencias de los medios de comunicación y sociales y el uso actual por los iguales (educación normativa).
- **Contenido afectivo:** incluye autoestima y sentimientos, autoconciencia personal y actitudes, creencias y valores.
- **Habilidades de rechazo:** se centran en habilidades relacionadas con las drogas. Compromiso público para no usar drogas, habilidades cognitivo-conductuales y actividades que promueven redes con adolescentes que no consumen drogas.
- **Habilidades genéricas:** aquellas habilidades que aumentan las competencias personales y sociales, tales como la toma de decisiones, comunicación, afrontamiento y habilidades sociales.

Los programas que incluyen componentes basados en las influencias sociales (información sobre las consecuencias del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de resistencia e información normativa) obtienen un efecto pequeño pero positivo en comparación con otros tipos de programas (Cuijpers, 2002; Skara y Sussman, 2003; Stead, Hastings y Tudor-Smith, 1996; Tobler, y Stratton, 1997; Tobler et al., 2000). Desde este enfoque, los programas más eficaces parten de teorías psicosociales y centran su atención principalmente en factores de riesgo y protección psicosociales que actúan en las primeras etapas del consumo (Gázquez et al., 2009).

En algunas ocasiones los componentes de las influencias sociales (presión de grupo, medios de comunicación) se presentan en programas de mejora de competencias como: asertividad, afrontamiento, comunicación y, en ocasiones, un componente afectivo, es decir, un entrenamiento de habilidades genéricas. Los estudios revisados han hallado que estos programas producen efectos en las conductas de consumo, así como en los factores de riesgo más relevantes (Botvin et al., 1997; Coogans et al., 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000).

En este sentido la eficacia del entrenamiento en habilidades de resistencia ha sido cuestionada por diversos autores, argumentándose en muchos casos que el potencial del componente de habilidades de resistencia (pese a que obtiene efectos positivos) es limitado para subgrupos de la población diana, especialmente en aquellos adolescentes para quienes los factores de riesgo no están asociados con la presión del grupo (Gorman, 1996; Shin, 2001). Flay (2000) sugiere que el posible error de esta estrategia se debe a que su papel se centra en cambiar los efectos de la presión de los pares, sin tener en cuenta los efectos de la influencia indirecta de los pares «valores» y la preferencia por los pares que se perciben como iguales en términos de comportamiento y estatus socioeconómico.

El programa Entrenamiento en Habilidades para la Vida (*Life Skills Training*), máximo exponente de los programas de mejoras de competencia, ha sido objeto de una completa revisión por Stothard y Ashton (2000), que concluyeron que aunque el programa tiene efectos beneficiosos frente al consumo de tabaco y de múltiples sustancias, los resultados positivos son probablemente similares al número de resultados negativos o nulos y se limitan sólo a algunos estudios. En esta misma línea, Coggans (2003) señala que el grado de efectividad del programa está sobreestimado, promoviéndose como más eficaz de lo que realmente es. Pese a ello, el autor concluye que aunque es improbable que este programa u otro de prevención primaria pueda lograr un impacto mayor en uso de drogas (y especialmente en los problemas de consumo de drogas), es uno de los pocos programas de esta naturaleza para el que existe evidencia sobre su impacto positivo, aunque éste sea limitado.

Destacar que los programas menos eficientes son los que se concentran exclusivamente en el conocimiento (aquellos encaminados solamente a enseñar a los jóvenes sobre las drogas), los que se centran exclusivamente en cuestiones afectivas (que resaltan la autoestima y la aclaración de los valores) o los que combinan estrategias afectivas y de conocimientos (Paglia y Room, 1998; Sharp, 1994; Thomas, 2003; Tobler, et al., 2000).

4.1.6. *Edad de los sujetos: momento ideal de las intervenciones*

«Ofrecer una combinación de fase de inoculación y de fases de relevancia temprana y posterior guiada por datos de prevalencia local» (WHO, 2002).

Los programas de prevención deben aplicarse en las fases de desarrollo apropiadas, especialmente cuando es más probable generar un impacto en el comportamiento. A este respecto las investigaciones han encontrado una mejoría para los programas aplicados a adolescentes entre 11 y 14 años, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños. Pese a que no existe una edad claramente establecida, hay un acuerdo unánime al afirmar que la mejor propuesta preventiva es la que se lleva a cabo antes de que aparezca el fenómeno del consumo de drogas (Gottfredson y Wilson, 2003).

En la revisión de la WHO (2002) y EMCDDA (2006a), los expertos consideran que los programas deberían ofrecerse en un momento apropiado del desarrollo adolescente y, particularmente, cuando las intervenciones tengan la mayor probabilidad de impactar en el comportamiento de chicas y chicos. Potencialmente existen tres períodos críticos en el desarrollo de la conducta en que los efectos de las intervenciones pueden optimizarse más:

- **Una fase de inoculación**, la cual tiene el potencial de desempeñar un papel importante a la hora de modificar patrones de conducta y respuestas de chicos y chicas en situaciones de consumo de alcohol y otras sustancias.
- Los programas deben también ser relevantes para las experiencias en la vida de chicas y chicos durante el período en que la mayoría esté experimentando una exposición inicial al consumo de sustancias. Esta fase de **relevancia temprana** asegura que la participación en programas ocurra cuando es más probable que la información y las habilidades tengan significado y aplicación práctica.

— Finalmente, algunos estudios primarios recientes sugieren que se desarrollen los programas en una **etapa de relevancia posterior** cuando la prevalencia del consumo aumenta y el contexto del consumo cambia; por ejemplo, cuando chicas y chicos están bebiendo alcohol y conduciendo, o cuando están expuestos a un grupo de iguales de más edad en pubs y discotecas (WHO, 2002).

Los programas pueden ser mejor diseñados para un grupo poblacional usando datos de prevalencia local. Los datos de prevalencia ofrecen información sobre la edad común de iniciación, la edad en que la mayoría de los jóvenes comienza a experimentar y las tasas de consumo a través del tiempo para varias sustancias y regiones en diferentes períodos de tiempo. Esta información puede entonces ser usada para satisfacer los momentos críticos mencionados anteriormente en la historia del consumo de drogas de chicos y chicas y puede por ello adaptarse a fluctuaciones en prevalencias a través del tiempo para las nuevas poblaciones de jóvenes. Fisher (1998) plantea que la evidencia de un grupo de edad óptimo para la prevención no está clara, aunque los resultados de las intervenciones en la adolescencia tardía (>17 años) generalmente son más débiles. También sugieren que, como los patrones problemáticos de consumo aparecen típicamente en la adolescencia media (15-16 años), los intentos de modificar la conducta en esta edad pueden ser más productivos.

4.1.7. *Orientar las acciones al cambio de conducta más que al conocimiento y/o las actitudes*

El determinante clave de los programas exitosos de educación en prevención de drogodependencias en las escuelas es que el programa sea capaz de impactar significativamente en la conducta de consumo de sustancias en chicos y chicas. En algunas revisiones se argumenta que el

impacto reducido de un programa en los años siguientes a su implementación no necesariamente es una cosa negativa, puesto que el período en el que está teniendo un impacto ofrece una ventana añadida de oportunidades de prevención que no habría sido posible sin dicho programa. Además, el alumnado objeto de las intervenciones puede tener mayor capacidad para abandonar el consumo y puede haber una mortalidad y morbilidad disminuida como resultado de este período de consumo reducido aplazado (WHO, 2002).

4.1.8. *Dirigidos al multiconsumo de sustancias o al consumo de una sola sustancia*

«Otra cuestión que puede orientar el desarrollo de los programas es la sustancia que causa el mayor daño y costes en la comunidad y la que sea más consumida» (WHO, 2002).

Hoy contamos con un modelo de iniciación y escalada del consumo bien documentado (Kandel, 1978, 1982) que defiende que el consumo de drogas sigue una secuencia definida que comienza en las primeras fases con el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y en ocasiones progresa hacia el consumo de cannabis (droga ilegal de entrada), produciéndose el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, éxtasis, heroína, etc.) en fases posteriores. La mayoría de los programas de prevención escolares se dirigen frecuentemente a reducir, retrasar o eliminar el consumo del tabaco, alcohol y cannabis, partiendo de la hipótesis que afirma que al limitar tempranamente el consumo de estas drogas de entrada, se reduce el uso de otras drogas en fases posteriores del desarrollo.

Según se plantea en la revisión de la WHO (2002), en algunos documentos se apoya la idea de adoptar programas dirigidos a una sola sustancia, porque sus resultados indicaron que los programas contra el tabaco eran tres veces más efectivos que los programas que se dirigían a múltiples sustancias dentro del mismo programa. En líneas generales, se defiende la adopción de

programas centrados en una sola sustancia indicando que los programas centrados en el tabaco son tres veces más efectivos que los centrados en múltiples sustancias (McBride et al., 2001; Shope et al., 2001; Tobler y Straton, 1997; White y Pitts, 1998). Los programas centrados en el consumo de alcohol, aunque no tan exitosos como los de tabaco, también son más eficaces que los multi-drogas (Tobler, 1992). Estos resultados son particularmente pertinentes para estudiantes mayores de 12 años. A grandes rasgos se defiende que los estudiantes más jóvenes pueden beneficiarse de la prevención de drogas en general (Tobler et al., 1999). Existen otras opiniones, sin embargo, acerca de que esto debe ser guiado por los datos locales de prevalencia. Se argumenta también que, por la diferente etiología del consumo de sustancias en la juventud, los programas deben desarrollarse para tipos individuales de sustancias (Shope et al., 2001); sin embargo, esta sugerencia puede crear dificultades para las escuelas en cuanto al diseño y desarrollo (García Aaversturi, 2010).

Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol, inhalantes y marihuana, o hacia un solo aspecto del abuso de drogas, como el mal uso de medicamentos que se venden por receta. Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas (NIDA, 2004). Según recomiendan Dishion (1999) y Lalongo (2001), los programas de prevención para los niños de primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socioemocional para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura. Los programas de preven-

ción para los estudiantes de secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas (Botvin et al., 1996; Scheier et al., 1999).

4.1.9. *Interacción con iguales/líderes iguales*

«Los programas deberían brindar a chicos y chicas gran cantidad de tiempo para interactuar e intercambiar ideas durante actividades dirigidas a la tarea» (WHO, 2002).

Los programas de prevención que se centran en la relación de un individuo con sus compañeros y desarrollan conocimientos teórico-prácticos sobre el funcionamiento del grupo, que implican el fomento de una mejor comunicación, el establecimiento de relaciones positivas con sus compañeros y el reforzamiento de los comportamientos sociales positivos y dotan a los alumnos de técnicas de resistencia para poder rehusar las ofertas de drogas son más efectivos. Se ha encontrado que los programas con estudiantes de la misma edad son más efectivos que otros que no contemplan esa variable.

Otra posibilidad de implementación es la selección y formación de los líderes del grupo para que posteriormente sean ellos los encargados de su ejecución en el aula, siempre con el asesoramiento y supervisión del profesor. Existen dificultades asociadas a esta modalidad de trabajo con iguales como líderes que faciliten la actividad de la clase, entre las que destacamos: la selección de chicas y chicos líderes de grupos sociales que ya existen entre el alumnado; el entrenamiento y el tiempo requerido para su adecuada preparación; el currículum escolar, ya de por sí exigente, que ofrece poca oportunidad para introducir a iguales de más edad de otros sitios. Se necesita mucha investigación en la evaluación de los pro-

cesos y de los resultados que puedan esperarse de iguales líderes en comparación con otras alternativas. Se requiere antes que su inclusión sea aceptada como parte de una educación regular en consumo de sustancias en las escuelas. Se necesita más investigación antes de que sea recomendado el empleo de chicas y chicos que actúen como líderes iguales facilitadores como parte de programas educacionales de uso de sustancias. Las chicas y chicos que funcionen como líderes iguales pueden participar, por ahora, bajo la facilitación general del personal adulto ejecutor de los programas (WHO, 2002).

4.1.10. *Programas basados en la escuela que involucran a los padres/madres*

En una evaluación de programas que involucran a padres y madres (Shepard y Carlson, 2003) se ofrece una panorámica de la evidencia para la efectividad de los programas basados en la escuela que incorporan un componente de implicación parental. Existe una variedad de formas en que padres y madres pueden participar en los programas de prevención de sustancias, que incluyen: educación de padres y madres, entrenamiento en habilidades parentales, actividades progenitores-hijos, actividades sociales, servicios de asesoramiento, asesoramiento o solución de problemas en la casa, grupos de padres y madres, discusiones profesorado-progenitores, boletines informativos periódicos para la familia. Los programas de prevención pueden enseñar a los padres de niños pequeños técnicas que ayuden a la familia a comunicarse mejor, a mantener mejor la disciplina y a imponer reglas firmes y constantes. La investigación muestra también que los padres necesitan tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, incluso hablar con ellos de drogas, vigilar sus actividades, conocer a sus amigos y comprender sus problemas y preocupaciones personales (González et al., 2004; NIDA, 2004).

Aguilar (2002) destaca cinco razones fundamentales que justifican la necesidad de una colaboración entre la familia y la escuela:

- a) Los padres son responsables de la educación de sus hijos y desde este punto de vista son clientes legales de los centros.
 - b) Los profesores deberían tomar como marco de referencia el aprendizaje familiar para plantear aprendizaje escolar.
 - c) La investigación muestra que el aprendizaje familiar influye en el rendimiento.
 - d) Los profesores, como representantes de la autoridad educativa, tienen la responsabilidad de velar para que los padres cumplan con sus responsabilidades escolares y compensar la actuación de aquellos no competentes o negligentes.
 - e) Los padres tienen reconocido por ley su derecho a tomar parte en las decisiones sobre la organización y funcionamiento del centro.
- Es necesario informar a los padres de los proyectos de la escuela en relación con la prevención del consumo de alcohol y drogas y de la violencia e invitar a participar en la definición de objetivos.
 - Los padres deben percibir que son significativos en estos proyectos y que se van a tener en cuenta sus puntos de vista.
 - La escuela no debe dar la impresión de que puede arreglarlo todo, pero tampoco debe devolver toda la responsabilidad a los progenitores.
 - La escuela debe tener en cuenta que a una gran proporción de padres les resulta difícil plantear determinadas cuestiones en casa (por ejemplo, sobre alcohol, drogas u otras cuestiones de salud y calidad de vida), pero que desde la escuela se puede proporcionar apoyo y ayuda.

Cabe destacar la importancia de la escuela en la detección de problemas en los hijos como el consumo de drogas y la relevancia de los espacios comunes entre padres y profesores para hacer frente a estos problemas. El hecho de que la escuela lleve a cabo un seguimiento de la evolución de los alumnos y lo comparta con su familia permite la detección temprana de problemas escolares, procesos de deterioro, dificultades de ajuste, etc. También permite plantear a tiempo estrategias de intervención para corregir estos problemas desde el centro, el propio alumno, la familia o de una manera conjunta (Notó y Dolors, 2002). Un espacio donde padres y profesores pueden actuar para mejorar el bienestar de sus hijos es a través de programas de intervención conjunta que suelen tener lugar en la escuela. En este tipo de programas resulta necesario que los padres consideren el centro escolar una fuente de ayuda que complementa la formación de sus hijos y no algo que les sustituye.

Calafat y Amengual (1999) sugieren algunas condiciones básicas para la participación de los padres en las instituciones escolares, especialmente en programas de prevención e intervención:

Ribes (2002) destaca que la participación de los padres en la escuela es muy beneficiosa para los profesores, para el centro escolar y para la propia familia, y plantea los siguientes beneficios fruto de la colaboración entre padres y profesores:

- Permite el establecimiento de criterios educativos comunes sin dar lecciones ni infravalorar a las familias.
- Posibilita ofrecer modelos de relación e intervención con los alumnos.
- Incrementa la divulgación de la función educativa de la escuela en los padres, de modo que aumente la comprensión, la aceptación y la valoración de la labor educativa con el objetivo de evitar confusiones de roles y competencias.
- Permite enriquecer las escuelas con las aportaciones de las familias como recurso humano de apoyo y, como posibilidad de reflexionar de manera conjunta y obtener una opinión complementaria a la profesional.

4.1.11. *Variables mediadoras*

El determinante y clave del éxito de un programa de prevención es su capacidad para reducir de forma significativa la conducta de consumo de drogas en la adolescencia (Tobler et al., 1999; White y Pitts, 1998). Sin embargo, el desarrollo de una actuación preventiva no se basa solamente en intentar reducir o eliminar el consumo de drogas, sino también en influir en aquellas variables que median entre la exposición del programa preventivo y la medida de su impacto (Baron y Kenny, 1986). Es decir, los programas de prevención actúan sobre las variables mediadoras, que a su vez afectan a las medidas del impacto (Soblel, 1990).

En líneas generales, se destaca que una de las variables mediadoras más importante es la percepción normativa, incluida en variables como la estimación normativa y la reacción de los amigos ante el consumo, la aceptabilidad social y la prevalencia real del consumo, es decir, se considera muy relevante reestructurar la sobrestimación del consumo de sustancias por parte de los compañeros de la misma edad, contrarrestando la evaluación subjetiva del adolescente con datos epidemiológicos objetivos (Botvin et al., 1992; Wynn et al., 2000; Espada et al., 2002).

Otros mediadores que han mostrado una relación con los efectos de los programas son el compromiso de no consumir drogas (Hansen y McNeal, 1997), la intención de no consumir (MacKinnon et al., 1993) y el incremento de la comunicación entre padres e hijos (Komro et al., 2001).

En general, los programas aplicados por profesionales ajenos al centro escolar consiguen mejores resultados. Este dato se puede explicar dada la mayor motivación y preparación específica de los profesionales externos, bastantes de ellos investigadores o profesionales comunitarios. Las intervenciones preventivas a veces se imponen a los docentes de plantilla desde la dirección del centro u otras instancias, constituyendo una sobrecarga de trabajo; la falta de cooperación por parte del profesorado no es exclusiva de la pre-

vencción del abuso de drogas (Espada et al., 2002; Méndez y Gómez, 2001).

4.2. Aspectos para la implementación y estructura que han resultado efectivos en los programas de prevención de drogodependencias en la escuela (Paglia y Room, 1998; NIDA, 2003)

- El programa debería ser continuo, desde el preescolar hasta el último año de bachillerato, y debería ser especialmente intensivo en secundaria, justo antes de la mediana de edad del comienzo del consumo.
- Los programas de corta duración no funcionan.
- Las sesiones de repetición pueden ayudar a la efectividad, particularmente para el cannabis.
- Una intensidad más elevada del programa (diez lecciones o más) ofrece poco beneficio añadido.
- Se deberían emplear diferentes enfoques para varios subgrupos (diferente sofisticación con las drogas, niveles de consumo, grupos demográficos) cuando sea posible; estas estrategias con objetivo deberían estar basadas en investigación formativa.
- Los enfoques de habilidades sociales son generalmente más efectivos, aunque el entrenamiento en habilidades de resistencia ofrece poca evidencia de efectividad.
- Implicar a los estudiantes en la planificación e implementación del currículum
- Proporcionar una atmósfera tolerante, libre de tácticas moralizantes y de temor; debe haber un diálogo abierto, no evaluativo, entre la persona que conduzca el programa y el alumnado.
- Enfatizar el aprendizaje activo sobre los efectos de las drogas, no descansar en conferencias pasivas y películas; los mejores son los métodos interactivos de implemen-

tación, tales como grupos de discusión pequeños y juego de roles.

- La persona que conduzca el programa, o líder, debe ser alguien en quien el alumnao confíe, el cual presentará los hechos de modo exacto y de forma no sesgada; el personal docente puede ejercer un liderazgo efectivo, con la asistencia de líderes iguales.
- Los programas de prevención eficaces son rentables. Por cada dólar que se gasta en la prevención del uso de drogas la comunidad puede ahorrar cuatro o cinco dólares del coste que implicaría la orientación psicológica y el tratamiento contra el abuso de drogas.

5. MEJORES PRÁCTICAS QUE SE DIFUNDEN EN LA UNIÓN EUROPEA

Según recoge en su informe el EMCDDA (2002, 2006b), los países que han abordado expresamente la prevención en las escuelas, mediante la inclusión de objetivos concretos en sus estrategias nacionales, y que cuentan con una rigurosa organización logística de la ejecución y financiación de las medidas de prevención son los que han obtenido los resultados más prometedores. Han comprobado que los programas que arrojan buenos resultados se han centrado en el fortalecimiento de las aptitudes interpersonales de los jóvenes y de su capacidad crítica para tomar decisiones razonadas y con fundamento sobre las drogas. La enseñanza interactiva ha demostrado ser más eficaz. También han constatado que las acciones a corto plazo, de carácter aislado y «moralizadoras» son contraproducentes. El margen de mejora del contenido de las medidas de prevención de las drogodependencias en los centros escolares de la Unión Europea reside en la formación intensiva de profesionales y personal docente en habilidades de prevención, de acuerdo con los logros suficientemente documentados en algunos Estados miembros de la Unión Europea. Con arreglo a un análisis comparativo

de la experiencia adquirida a nivel europeo, los ámbitos prioritarios de las políticas de prevención deben ser la coordinación estrecha de las instituciones y el establecimiento de sistemas de acreditación de proyectos de prevención claramente basados en pruebas científicas y que sólo requieran un mínimo de evaluación y de presentación de informes.

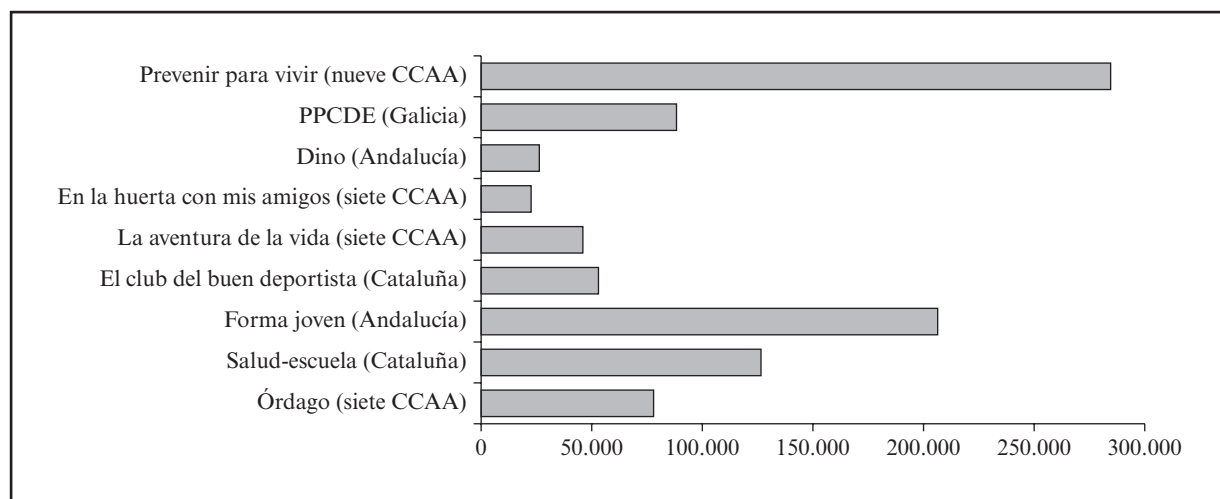
6. PREVENCIÓN ESCOLAR EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD

6.1. Programas estructurados de prevención aplicados en el aula

La aplicación de programas estructurados en el aula enfocados a la adquisición de habilidades para la vida es el tipo de actividad más habitual en el caso de la prevención escolar. Se trata de programas de más de cinco sesiones que se desarrollan siguiendo manuales y procedimientos preestablecidos.

Según la información proporcionada por las comunidades autónomas al PNSD, se aplican alrededor de 100 programas estructurados distintos en el territorio nacional. Algunos de ellos tienen una amplia cobertura al aplicarse en varias comunidades autónomas; por ejemplo, *Prevenir para vivir*, *Órdago* o *La aventura de la vida*. Sin embargo, hay muchos otros (la mayoría) que son programas locales, aplicados en una sola comunidad autónoma, algunos con alta participación (como el PPCDE en Galicia), y otros impartidos en pocos centros educativos y que llegan a un número muy limitado de alumnos.

La oferta de este tipo de programas por parte de los planes autonómicos de drogas sigue siendo muy variada. Algunas comunidades autónomas incluyen una gran cantidad de programas en su oferta a los centros escolares (más de ocho en Aragón, Asturias, Canarias y Murcia), mientras que otras recogen entre uno y cuatro (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Navarra). Estos programas, aunque han disminuido su cobertura respecto al año anterior, siguen siendo,



FUENTE: Datos facilitados por los planes autonómicos de drogas.

Figura 12.1. Programas escolares más extendidos en España (2009).

con mucho, los que llegan a un mayor número de alumnos. En 2009 han participado en este tipo de programas alrededor de 1.400.000 alumnos, lo que supone un cierto descenso, rompiendo la tendencia ascendente de la última década. Los planes autonómicos de drogas citan como principales barreras a la hora de implementar los programas la dificultad de implicar a un profesorado ya bastante saturado y la amplia oferta de actividades que desde diferentes instituciones se realiza al sistema educativo. Un tipo de programa escolar que está extendiéndose en los últimos años es el de los programas en coordinación con centros de salud con el formato de Consulta joven, que han aumentado su cobertura en el último año. En 2009 han participado 334.170 alumnos, frente a los 299.117 de 2008. Las comunidades autónomas que aplican estos programas son Andalucía (En forma joven), Cataluña (Salud-Escuela), Asturias y Baleares (Consulta joven); esta última lo ha incorporado como nuevo programa.

A pesar del descenso en las cifras de alumnos participantes en programas estructurados, el número de profesores formados en prevención aumenta considerablemente en este año. Según los

datos aportados por los planes autonómicos de drogas, 68.043 profesores han recibido cursos de formación en esta materia, lo que supone más del doble de los participantes en el año anterior. Sin embargo, el número de centros educativos participantes en programas es de 9.405, cifra muy similar a la de 2008, después de una evolución positiva en años anteriores.

6.2. Actividades puntuales y extraescolares en los centros escolares

Se siguen realizando una gran cantidad de actividades puntuales de prevención en centros educativos, tales como la celebración de días mundiales contra las drogas, charlas al alumnado sobre drogas, talleres o actividades deportivas en el marco de semanas temáticas, etc. En 2009 participaron 435.499 alumnos en este tipo de actividades.

Dentro de este apartado hay que mencionar las acciones de prevención de drogas en centros escolares desarrolladas por el Ministerio del Interior en coordinación con el Ministerio de Educación, dentro de su Plan director para la mejora de

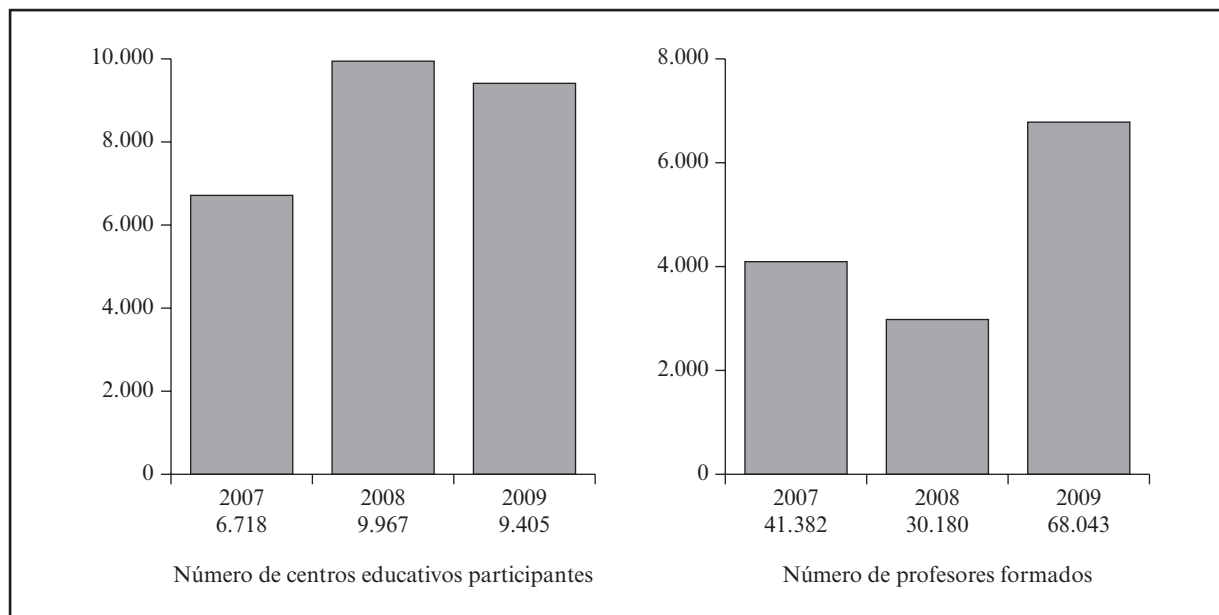


Figura 12.2. Programas de prevención (2007-2009).

la convivencia y la seguridad escolar. En este plan director, los datos globales del Ministerio del Interior (policía, guardia civil y policías locales) del curso 2009/2010 fueron los siguientes: 9.101 charlas a alumnos, 13.086 reuniones con docentes y 1.752 reuniones con AMPAS en 3.537 centros docentes (media de colegios en los que se ha realizado actividad en alguno de los trimestres, ya que en algunos se pone en práctica más de una actividad a lo largo del curso). Otros datos de interés en la ejecución son las 261.547 vigilancias de centros docentes y las 1.779 actividades complementarias (exhibiciones, exposiciones de material, puertas abiertas, concursos, etc.).

7. PROGRAMAS PREVENTIVOS DIRIGIDOS A LA ESCUELA

Entre todos

Descripción: Adaptación y ampliación del programa «Construyendo salud». Consta de 17

unidades didácticas agrupadas en nueve materias, diseñadas para ser aplicadas a lo largo de veintinueve sesiones de tutoría de 50 minutos. Curso de formación del profesorado de 20 horas de duración. «Entre todos» constituye una ampliación del programa «Construyendo salud», basado en uno de los programas que mayor reconocimiento han obtenido en los últimos años en Estados Unidos (*Life Skills Training*, de G. J. Botvin). El objetivo del programa consiste en mejorar la competencia personal de los adolescentes a través del aprendizaje de ciertas habilidades (habilidades para resistir la presión social hacia el consumo, estrategias para solucionar problemas interpersonales, alternativas de enfrentamiento ante situaciones de ansiedad, entrenamiento de estrategias cognitivas, etc.).

Componentes: Manual del profesor. Manual del alumno. Manual explicativo para la familia.

Contacto: Proyecto Hombre. c/ Osa Mayor, 19. 28023 Madrid. Teléfono: 91 357 09 28. <http://www.entretodosmadrid.org/Venimos9.htm>.

Barbacana

Instrumento que tiene por objetivo favorecer las condiciones necesarias para el «no consumo». El programa está estructurado en ocho sesiones de una duración aproximada de una hora, ampliable hasta dos horas por sesión; las sesiones se llevan a cabo dentro del horario escolar, a razón de una por semana, a ser posible en semanas consecutivas.

Componentes: Cuadernillo del director/a de las sesiones. Cuadernillo del alumno. Vídeo (incluye 16 escenas, dos para cada sesión). Cuestionario de evaluación. Cuadernillo para la familia. Libro sobre información de sustancias.

Contacto: Consellería de Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencias. Paseo de La Alameda, 16. 46010 Valencia. Teléfono: 963 86 72 78.

Protegiéndote

Se dirige a los alumnos de segundo ciclo de educación infantil, primaria y primer y segundo cursos de secundaria obligatoria. El programa pretende, mediante la educación y el aprendizaje propios del medio escolar, la consecución de los siguientes objetivos generales: promover estilos de vida libres del uso de drogas a través del entrenamiento en habilidades generales para la vida; reducir la incidencia del uso de drogas; retrasar la edad de inicio del consumo experimental de drogas.

Consta de guías para el profesor, el alumno y las familias en las que se abordan los siguientes temas según la edad de los alumnos: **desarrollo cognitivo**: se trabajan actitudes saludables e información sobre drogas; **control emocional**: se entrena en el control de la ansiedad y en el manejo de la ira; **habilidades de interacción social**: se entrenan, entre otras, habilidades de comunicación y específicas para el rechazo del consumo de drogas (por ejemplo, entrenamiento en asertividad); **solución de problemas y toma de decisiones**: se trabajan habilidades para abordar los problemas

que se presentan a lo largo de la vida de manera eficaz, especialmente los de índole social; **hábitos implicados en el aprendizaje escolar**: se enseña el aprendizaje y adquisición de los hábitos implicados en la competencia académica; **familiar**: se ofrece información a las familias sobre drogas, evolución de las diferentes etapas escolares y sobre pautas que mejoren sus habilidades educativas (comunicación, normas y límites).

Contacto: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Plaza Carlos Trias Bertrán, 7 - 7.^a. Teléfono: 901 35 03 50.

Descargar las guías del programa en PDF: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142570870064&language=es&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142328768577.

Prevenir para vivir

Es un programa de prevención del consumo de drogas diseñado para convertirse en un instrumento eficaz, flexible y de fácil integración y aplicación al ámbito escolar. Se apoya en un modelo educativo en el que las actividades de prevención son compatibles con las actividades propias de las diversas áreas de conocimiento. Es un amplio conjunto de actuaciones dirigidas a sistematizar la prevención en el ámbito escolar, adaptadas a la realidad de cada centro, a las necesidades del profesorado y a las características de los alumnos. Permite abordar en el aula (en las etapas de escolarización obligatoria: infantil, primaria y secundaria) aquellas variables que pueden actuar como factores de protección frente a la consolidación del abuso de drogas. Las actuaciones van dirigidas a sistematizar la prevención del consumo de drogas en el contexto escolar. El programa contribuye a la educación integral del alumnado a través del desarrollo social, intelectual y afectivo, tres ámbitos clave en la formación del individuo como «factores de protección» frente al consumo de drogas.

Componentes: Materiales para el profesorado. Guía «Prevenir para vivir» (uno para cada curso

escolar). Material para el alumno. Cuadernillo para el alumno. Material para cada centro. Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas. Material de prevención del consumo para la educación infantil, primaria y secundaria. Vídeos educativos, con sus guías didácticas correspondientes. Material para el trabajo con familias.

Contacto: Departamento de Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Avda. de Burgos, 1 y 3. 28036 Madrid. Teléfono: 91 302 40 48.

Cine y educación en valores

Material educativo que utiliza el cine como herramienta de prevención. El programa está basado en la presentación de la película, enfatizando aquellos valores y actitudes a los que los alumnos han de prestar más atención. Con posterioridad a la proyección, se comenta en cada aula la película, a partir de unidades didácticas elaboradas expresamente.

Componentes: Películas debidamente seleccionadas en función de criterios educativos y de entrenamiento. Guía de actividades correspondientes a la película seleccionada.

Contacto: Asociación Irudi Biziak, c/ Bailén, 1, 3.º. 48003 Bilbao. Teléfono: 94 416 66 77.

La experiencia de educar para la salud en la escuela

Descripción: Programa que tiene como finalidad dotar a la comunidad educativa de instrumentos de trabajo para un afrontamiento racional del consumo de drogas y sus problemas derivados, tratando de disminuir las posibilidades de consumo en aquellos alumnos que participen. Aplicación del material didáctico en el aula: diez sesiones de media por curso.

Componentes: Material didáctico. Guía del profesor. Cuadernos de alumno (infantil, primaria, secundaria y postobligatoria).

Contacto: Plan de Galicia sobre Drogas. Conserjería de Sanidade. Edificio Admvo. San Cayetano, Bloque 2, 2.º. 15771 Santiago de Compostela (A Coruña). Teléfono: 981 54 18 59.

Materiales en pdf: <http://www.sergas.es/publicaciones/listadopublicacions.aspx?idpaxina=40113&pagina=54&bloq=45>.

Comunidad, escuela de salud

Programa destinado a la promoción de alternativas saludables en población infantil. Se realiza en colaboración con los ayuntamientos a partir de una metodología comunitaria centrada en el aprovechamiento de recursos existentes. Se organizan actividades muy variadas relacionadas con las áreas de cultura, naturaleza y deporte.

Contacto: Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Avda. de Francia, 4. 45005 Toledo. Teléfono: 925 26 72 67.

Construyendo salud

Adaptación del programa de entrenamiento en habilidades de vida de G. Botvin. Se centra en los principales factores psicológicos y sociales que propician la iniciación en el consumo de drogas y la conducta antisocial en la adolescencia. El programa consta de trece unidades diseñadas para ser aplicadas a lo largo de 17 sesiones de clase de 50 minutos.

Componentes: Manual del profesor. Manual del alumno. Casete de relajación.

Contacto: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE). c/ General Oráa, 55. Teléfono: 91 745 94 00.

Discover

El programa consta de ocho niveles, cada uno de ellos destinado a un grupo de edad entre los tres y los 16 años. Se basa en la toma de decisiones responsables, para lo cual se abordan tres

grandes bloques de contenidos: a) desarrollo de la autoestima; b) información sobre drogas, y c) habilidades para tomar decisiones y construir relaciones.

Componentes: Guía para el profesor. Libro del alumno. Palabras clave importantes.

Contacto: Comunidad Autónoma de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Avda. de Burgos, 11. 47071 Valladolid. Teléfono: 983 41 36 74.

Dino

Es un programa educativo de prevención de drogodependencias, elaborado por el profesorado andaluz y dirigido al alumnado preadolescente que cursa el tercer ciclo de educación primaria. Se enmarca en el ámbito de la educación en valores en general y en el de la educación para la salud en particular, centrándose en las sustancias «alcohol» y «tabaco», ya que es en esta edad cuando comienzan los primeros contactos sociales que pueden desembocar en su consumo. Está destinado al alumnado de 10 a 12 años que finaliza la educación primaria, siendo los agentes mediadores el profesorado con función de tutor o tutora y el profesorado que incide en cada grupo, en colaboración con las familias y con el equipo de orientación. Sus objetivos están relacionados con la autoestima, la comunicación interpersonal, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la responsabilidad, la autonomía, el desarrollo del conocimiento (problemática del tabaco y bebidas alcohólicas), la resistencia a las presiones sociales del consumo, el empleo del tiempo libre y hábitos de vida sana. Se aplica de forma transversal como estrategia metodológica de tipo globalizador e interdisciplinar; se aprovechan los objetivos, contenidos, metodología y recursos de las distintas áreas de conocimiento para lograr sus objetivos específicos. Se desarrolla a lo largo del curso escolar de los niveles 5.º y 6.º de educación primaria.

Se estructura en cinco núcleos temáticos: autoestima, habilidades sociales y toma de decisio-

nes; uso y abuso de sustancias; tabaco, alcohol y salud; causas y situaciones que favorecen el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas; hábitos que contribuyen a una vida sana.

Componentes: consta de una guía didáctica, con información detallada del programa y de cinco núcleos temáticos que contienen las fichas de trabajo tanto para el profesorado como para el alumnado. Las últimas actividades de cada uno de los núcleos temáticos están diseñadas a modo de actividad de síntesis, de forma que pueden servir de ayuda a la hora de comprobar la consecución de los objetivos propuestos. En el núcleo temático 5 se incluye una «escala de actitudes» que puede ser utilizada como instrumento de evaluación diagnóstica y como instrumento de evaluación de los logros obtenidos.

Contacto: Avda. de Hytasa, 14. 41071 Sevilla. Teléfono: 955 048 000 / Fax: 955 048 234. Correo electrónico: correo.cibs@juntadeandalucia.es.

Forma joven

Es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven. Consiste en acercar las actividades de promoción de salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud a los entornos en los que conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades. Pretende capacitar a chicos y chicas para que elijan las opciones más saludables en cuanto a los estilos de vida: alimentación, actividad física, sexualidad, etc., y en cuanto a su bienestar psicológico y social, así como asesorarles en la prevención de la accidentabilidad, tabaquismo y otras adicciones. Se trata de aportarles instrumentos y recursos para que puedan afrontar los riesgos para su salud más comunes y frecuentes en estas edades.

Se desarrolla en los puntos forma joven, ubicados en los diversos espacios frecuentados por la población juvenil como son los institutos de enseñanza secundaria, escuelas taller, universidades, espacios de ocio, comunitarios, etc. Allí coinciden los actores fundamentales de forma jo-

ven: chicos y chicas, profesionales de la educación, profesionales de la salud y mediadores y mediadoras. Dependiendo del espacio de que se trate, adquieren protagonismo profesionales de otros sectores, instituciones y organizaciones, pero siempre se mantiene el protagonismo de la propia población joven, con la que se desarrollan y se realizan actividades individuales y grupales sobre los temas más importantes relativos a la salud juvenil.

Para más información: www.formajoven.org; Avda. de Hytasa, 14. 41071 Sevilla. Teléfono: 955 048 000 / Fax: 955 048 234. Correo electrónico: correo.cibs@juntadeandalucia.es.

En la huerta con mis amigos

Material educativo destinado a contribuir al desarrollo de las relaciones interpersonales de niños y niñas de cinco a nueve años y a la adquisición de hábitos de salud, a partir del trabajo sobre situaciones de su vida cotidiana. El profesor recibe una formación de dos sesiones de dos horas de duración. Convocatorias a los padres y madres.

Componentes: Libro de cuentos. Guía del profesor. Guía para padres. Juego de láminas para trabajar. Cuentos con los más pequeños. CD-Rom.

Contacto: AGIPAD. Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención de Drogas. c/ Javier de Barkaiztegui, 23, bajo. 20010 San Sebastián. Teléfono: 943 47 38 64.

La aventura de la vida

Descripción: Programa de prevención comunitaria de las drogodependencias, en marcha desde 1989, cuya dimensión escolar plantea propuestas para el desarrollo de la educación para la salud en los tres espacios en los que se desenvuelve el niño de ocho a 11 años: escuela, familia y barrio. Cuatro álbumes de cromos presentan a los escolares 144 historias, que dan lugar a 144 momentos educativos a dinamizar por el profesorado a lo largo de los cursos 3.º a 6.º de educación primaria.

Componentes: Álbumes de cromos. Guía del profesorado. Concurso escolar. Guía para padres y madres. Fiestas escolares. Comunidad virtual: www.laaventuradelavida.net.

Contacto: EDEX. Particular de Indautxu, 9, 48011 Bilbao. Teléfono: 94 442 57 84 / Fax: 94 441 75 12. E-mail: laaventuradelavida@edex.es.

Límite: 0

Descripción: Propuesta didáctica que pretende trabajar a fondo la influencia del alcohol sobre la conducción y los riesgos que se pueden derivar de esta práctica. En la guía para el profesor se describen siete actividades para llevar a cabo en el aula, a lo largo de siete u ocho sesiones de entre una hora y una hora y media.

Componentes: Material para el profesorado. Guía didáctica. CD-Rom «Límite 0». Videos de actualidad sobre la relación de los consumos de alcohol y los accidentes de tráfico. Material para el alumnado. Cuadernillo con hojas de ejercicios y cuestionarios de evaluación para cada alumno.

Contacto: Generalitat de Cataluña. Departamento de Sanidad. Travesía de les Corts, 131-159. 08028 Barcelona. Teléfono: 93 227 29 00.

Los valores en la literatura

Instrumento que permite a los profesores de literatura, ética y tutorías de ESO incorporar la prevención de las drogodependencias en los currículum escolares, utilizando la literatura como recurso educativo y apoyándose en dos pilares: la lectura como vía de transmisión de valores a través del poder de identificación que posee, y como educación para el tiempo libre.

Componentes: Para el profesor: la carpeta del «Programa los valores en la literatura. Manual para tutores», que consta de nueve cuadernillos independientes. Para los alumnos: los libros que el profesor haya seleccionado como lecturas para el curso escolar y las fotocopias de las actividades de cada libro de lectura, elegidas por el profesor.

Contacto: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia. Teléfonos: Prevención, 968 36 22 95; tratamiento e inserción social, 968 36 20 73.

El valor de un cuento

Se basa en la utilización de la literatura como un vehículo privilegiado para la transmisión de actitudes y valores culturales. El centro escolar define la franja de edad susceptible de participar y concreta el bloque de libros de cuentos para el grupo seleccionado. Cada libro va acompañado de una guía didáctica con un primer apartado titulado «Motivación a la lectura», en el que se enumeran los elementos que pueden ser trabajados y un conjunto de recomendaciones que permitirán desarrollar las actividades.

Componentes: Los materiales se dividen en cuatro bloques que se adecuan a las siguientes etapas: 1.º ciclo de primaria, 2.º ciclo de primaria, 3.º ciclo de primaria y 1.º ciclo de educación secundaria obligatoria. Cada uno de los bloques consta de cuatro libros de lectura acompañados de sus correspondientes guías didácticas.

Contacto: Departamento de Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Avda. de Burgos, 1 y 3. 28036 Madrid. Teléfono: 91 302 40 48.

¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas

Herramienta didáctica que permite implantar en el medio escolar, y en los ámbitos familiar y comunitario, un proceso de cambio dirigido a modificar entre el alumnado de 1.º, 2.º, 3.º y 4.º de ESO diversos factores asociados al consumo abusivo de drogas.

El programa se propone dotar a los alumnos de información objetiva y veraz sobre las drogas y entrenarles en competencias y habilidades necesarias para resolver problemas y tomar decisiones responsables respecto a las drogas. Los aprendi-

zajes se distribuyen a lo largo de los cuatro cursos, completando un total de 20 sesiones con el alumnado, y cuatro sesiones con padres y madres.

Componentes: Material para el profesorado. Pack con siete cuadernillos: uno de presentación, dos referidos a los ámbitos familiar y comunitario, cuatro para el trabajo en el aula con cada uno de los niveles de la ESO. Material para el alumnado. Cuadernillos (uno por nivel de la ESO, cuatro en total) con hojas de ejercicios y cuestionarios de evaluación para cada alumno. Material para padres y madres. Cuadernillo (uno en total) para padres con hojas de ejercicios y cuestionarios de evaluación.

Comunidad virtual: www.ordago.net.

Contacto: EDEX. Particular de Indautxu, 9. 48011 Bilbao. Teléfono: 94 442 57 84 / Fax: 94 441 75 12. E-mail: ordago@edex.es.

Prevenir en colección. Cosas de la vida de Esperanza y Felipe

Programa cuyo objetivo general es fomentar la adquisición de actitudes, valores y hábitos de vida saludables en la población infantil, así como promover la implicación en la prevención primaria de la familia, la escuela, los recursos comunitarios, las instituciones públicas y privadas y los agentes sociales.

Componentes: Álbum denominado «Cosas de la vida de Esperanza y Felipe» y juego de 41 cromos. CD-Rom «Esta casa es un enigma». Guía de aplicación del programa. Supervisión y apoyo externo del técnico de prevención.

Contacto: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Plaza Carlos Trías Bertrán, 7 - 7.ª. Teléfono: 901 35 03 50.

Tú decides

Programa que trata de mejorar las habilidades del adolescente para la toma de decisiones, basándose en un mejor conocimiento y manejo de

las circunstancias en las que se da la oferta de drogas. La duración del programa es de un mínimo de ocho horas, que pueden desarrollarse indistintamente en cualquier materia o durante las tutorías. Incluye una sesión con los padres y madres.

Componentes: Material para el alumnado: cuatro cómics con diferentes historietas. Material para el profesorado: manual con indicaciones sobre cómo trabajar el programa.

Contacto: Equipo de Promoción de la Salud. General Riera, 67. 07010 Palma de Mallorca. Teléfono: 971 76 11 21.

Información pdf: http://www.zaragoza.es/cont/paginas/encasa/pdf/tude_prof.pdf.

El secreto de la buena vida

Es un programa que se enmarca dentro de los programas de promoción de hábitos de vida saludable, iniciativa puesta en marcha por el Plan Nacional sobre Drogas. Consiste en un programa de ordenador pensado para niños y niñas de 10 a 12 años, una aventura interactiva cuyo objetivo fundamental es fomentar el equilibrio biopsicosocial del ser humano definido por la Organización Mundial de la Salud y que se concreta en unos hábitos de vida saludables.

El juego consta de dos fases: en primer lugar, a lo largo del tiempo, nunca superior a dos meses, el alumnado que reciba el CD podrá ir jugando, resolviendo pruebas y desarrollando tareas que supondrán el número de puntos a su favor; en la segunda fase los que hayan obtenido una mayor puntuación participarán en la final nacional. Los ganadores y ganadoras de esta final recibirán una serie de premios que irán desde una bicicleta de montaña hasta un viaje.

Cuenta con una agenda dirigida a los alumnos y alumnas que contiene mensajes y juegos relacionados con la prevención de las drogodependencias y la educación para la salud. Encartado en la misma agenda, viene incorporado un CD-ROM, que consiste en un juego interactivo, que es la base del concurso, y una carpeta para el

profesorado que contiene una agenda de planificación en la que se ha incluido información sobre drogas y una serie de actividades preventivas para desarrollar en el aula; y también viene acompañada de una guía de prevención escolar, con indicaciones prácticas sobre cómo abordar este tema desde los centros educativos, y de un catálogo de programas escolares de prevención que se ofrecen a los colegios desde los distintos planes autonómicos de drogas.

Información: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/sinesio.htm>.

Tú y la música

Descripción: Programa de prevención que, con la música como eje central, pretende ser el vehículo para la formación de valores y actitudes, un instrumento socializador que contribuya a la formación integral del individuo. Trata los contenidos propios de la música e integra los aspectos transversales (valores, actitudes y habilidades) que la LOGSE contempla.

Componentes: Material para el profesorado: vídeo «Tú y la música». Guía de actividades.

Contacto: Departamento de Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Avda. de Burgos, 1 y 3. 28036 Madrid. Teléfono: 91 302 40 48.

Y tú ¿qué piensas?

Material educativo de prevención de drogodependencias y adicciones para trabajar con jóvenes mediante una serie de propuestas de reflexión en grupo. La información que ha de servir de base para el proceso reflexivo se estructura en textos de diversos tipos y formatos: artículos, noticias de prensa, presentación de situaciones, datos estadísticos. Va dirigido a jóvenes escolares de 15 a 18 años (4.º ESO, bachillerato y ciclos formativos), es participativo y preventivo, con un amplio abanico de posibilidades y espacios de aplicación, siendo clave para su resultado el tra-

bajo de coordinación y estimulación del profesorado.

El objetivo es hacer llegar a los jóvenes informaciones, datos e ideas acerca de temas importantes para que puedan tomar decisiones con pleno conocimiento y responsabilidad. Promover el intercambio de ideas y opiniones entre los grupos de jóvenes.

Componentes: El material se agrupa en siete dossiers sobre: la vida en grupo, publicidad y moda, jóvenes y adultos, tiempo libre, relaciones personales, los jóvenes y el mundo, de marcha.

Estos siete dossiers van acompañados de una guía didáctica de apoyo al profesorado, que orienta para la dinamización de los grupos, proponiendo técnicas y actividades que contribuyan a mejorar la información y el debate.

Se pueden descargar los materiales accediendo a la página de la FAD: http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=120&&keyword=&auditoria=F#materiales.

Contacto: Departamento de Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Avda. de Burgos, 1 y 3. 28036 Madrid. Teléfono: 91 302 40 48.

Olimpo

Es un programa de prevención universal de las drogodependencias que pretende mejorar las competencias personales básicas y los estilos de vida saludables como factores de protección frente al consumo de drogas a través de las aventuras de figuras mitológicas de la antigua Grecia.

El programa se dirige a alumnos de 3.º, 4.º, 5.º y 6.º de educación primaria (2.º y 3.º ciclos). El programa lo aplican profesionales externos al centro educativo con formación especializada en prevención de drogodependencias. Y permite su realización completa o sólo la de alguno de sus módulos. Los componentes son: autocontrol emocional, habilidades sociales, toma de decisio-

nes y solución de problemas, hábitos saludables y competencias de manejo familiar.

Componentes: Guías didácticas para los alumnos y para las familias. Guías didácticas para el monitor y material de difusión.

Contacto: Agencia Antidroga Servicio de Prevención. Teléfono: 91 426 95 45.

Saluda al fin de semana

El programa «Saluda al fin de semana» pretende enseñar a convivir con las drogas previniendo el abuso de alcohol y el consumo de drogas de síntesis en contextos de ocio. Sus objetivos generales son retrasar la edad de inicio del consumo, promover la abstinencia o el uso responsable y reducir el abuso de alcohol y el consumo de drogas de síntesis. La finalidad es romper el binomio «diversión-droga», asociado a los actuales patrones de consumo de sustancias como facilitadoras de la diversión en los períodos de ocio.

Componentes: El programa actúa a tres niveles. *Cognitivo*: proporciona información, presentada de forma activa y persuasiva, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo. *Actitudinal*: promueve fortalecer actitudes favorables hacia la salud mediante la abstinencia o el uso responsable del alcohol, y el no consumo de drogas de síntesis. También persigue inocular actitudes contrarias al abuso de sustancias. *Conductual*: entrena repertorios básicos de habilidades sociales para desarrollar la capacidad de relacionarse sin recurrir al alcohol y especialmente para resistir la presión de grupo en situaciones de consumo de drogas en momentos de ocio.

El programa Saluda consta de diez sesiones a razón de dos por semana.

Contacto: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya). Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid. Teléfono: 91393 89 89. www.edicionespiramide.es.

Evidencia científica de los programas de prevención del consumo de tabaco

13

MÍRIAM RODRÍGUEZ
F. JAVIER AYESTA

1. INTRODUCCIÓN: DESNORMALIZAR, LA PALABRA CLAVE

Al igual que en el caso de las otras sustancias psicoactivas, la experimentación con el tabaco y el mantenimiento de su consumo se ven fundamentalmente influidos por su accesibilidad-disponibilidad y por la percepción de riesgos o consecuencias que pueden derivarse de su consumo.

Accesibilidad-disponibilidad hace referencia a la facilidad de obtención de la sustancia, al número de dificultades —administrativas, de horarios, de precios, etc.— que han de superarse para adquirirlas. En el caso de las sustancias cuya venta y distribución son legales, el precio —sobre todo a través del incremento de los impuestos— suele ser una de las principales medidas disuasorias del consumo.

La percepción de riesgos o consecuencias no se refiere exclusivamente a problemas de salud, presentes o futuros, sino que presenta aspectos adicionales, como la posibilidad de que se genere una dependencia, de ser instrumentalizado por intereses económicos o ideológicos, de sufrir cierto rechazo o aceptación social, etc. En el caso de las sustancias cuyo consumo está socialmente institucionalizado (como es el caso del tabaco), muchas de estas consecuencias se valoran en función de cuán «normalizados» estén o se consideren determinados consumos o maneras de consumo.

Salvo en el caso de personas sin la más mínima integración social, para que una conducta sea

vista como experimentable o mantenible debe presentar un cierto respaldo social y ser considerada algo propio o aceptable, bien por la sociedad en general, bien por ambientes, poblaciones o subculturas específicas.

La población infantil o adolescente tenderá a adquirir aquellas conductas que son percibidas como propias de la vida adulta o como algo característico o aceptable de la época de transición juvenil en alguno de los colectivos de referencia durante ese período del desarrollo. Entre estos colectivos de referencia se encuentra en primer lugar la estructura familiar, pero también los diversos grupos de iguales y todos aquellos que —con intereses comerciales o de otro tipo— configuran la opinión pública.

1.1. Objetivos de la promoción

En el caso del tabaco, esto condiciona las estrategias que siguen todas las personas interesadas en promocionar el consumo en la población infanto-juvenil, época en la que se toman las decisiones de experimentar y consumir y en la que frecuentemente se comienza a hacerlo. El consumo de tabaco se presenta como deseable —incluso ineludible— en quien integrarse, bien en la sociedad en general como adulto (lo más frecuente hasta ahora en los países desarrollados), bien en determinados colectivos específicos.

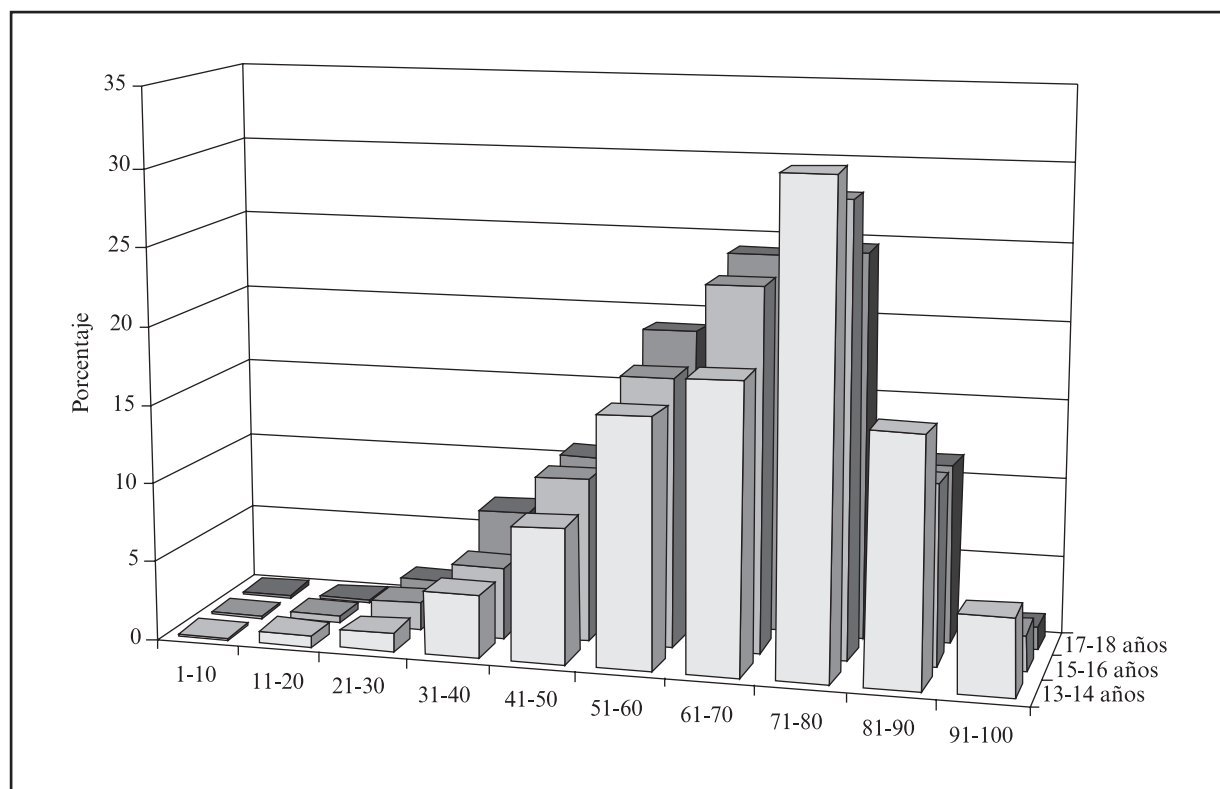


Figura 13.1. Porcentaje de la población adulta que las adolescentes creen que fuma.

La figura 13.1 muestra la percepción que tenían las adolescentes de Cantabria acerca del porcentaje de población adulta que fumaba. En 2003, cuando se hicieron las encuestas, la población adulta que realmente fumaba era del 33 por 100: menos del 10 por 100 de las escolares tenía una percepción adecuada de este hecho; por el contrario, más del 80 por 100 de las jóvenes consideraba que el consumo en los adultos era superior al 50 por 100, y más de la mitad consideraba que al menos dos de cada tres adultos fumaban.

Esta percepción claramente distorsionada de la realidad que se observa en las adolescentes es similar a la detectada en otras zonas geográficas y a la que presentan los chicos. Considerar que «casi todo el mundo fuma»:

1. Implica toda una tarea previa de normalización, fruto de muchos años de promoción publicitaria (figuras 13.2 y 13.3).
2. Conlleva que, salvo una decidida voluntad de oposición, cualquier adolescente que desee integrarse mínimamente en la sociedad se vea inducida al consumo.
3. Socava los esfuerzos preventivos: algo menos de la mitad de las chicas refieren no fumar cuando alcanzan 18 años (lógicamente).

Cuando se ha permitido realizar a las industrias tabaqueras programas escolares de prevención del consumo de tabaco, algo que ha ocurrido en algunos países latinoamericanos, o cuando emprenden campañas poblacionales para mos-



Figura 13.2. Ejemplos de publicidad directa dirigida a la población juvenil en 2003-2005. Posteriormente la Unión Europea decidió restringir la publicidad directa.

trar que también tienen responsabilidad corporativa, su estrategia básica es hacer comprender que los niños no deben fumar, pues es un conducta propia de adultos, y sugieren que cuanto más niño seas, menos deberías fumar. La conclusión recíproca es evidente: cuanto menos infantil seas, más deberías fumar (figura 13.4).

Lógicamente, ninguna de estas campañas consigue reducir la prevalencia de consumo de la población ni tampoco la experimentación e iniciación en el consumo de la población infanto-juvenil. Su carácter engañoso hace que en la actualidad

tiendan a prohibirse: si quiere promocionar su producto, hágalo (dentro de las restricciones que sirvan para proteger a la población), pero no vaya vendiendo que lo que hace es prevenir.

1.2. Objetivos preventivos

Por los mismos motivos, la estrategia básica que siguen —o deberían seguir— quienes pretenden reducir la prevalencia de consumo en una población, en toda ella o en parte, se basa en



Figura 13.3. Hasta su restricción en 2006, las vallas publicitarias anexas a los centros de enseñanza presentaban sistemáticamente anuncios de tabaco.



Figura 13.4. Laterales: campaña de la BAT en Alemania; los anuncios dicen: «Querido jovencito: no hagas esto para parecer temible» (izquierda); «esto no se debe hacer en la escuela» (derecha). Centro: campaña de Philip Morris en Estados Unidos: *Habla con ellos: escucharán.*

«desnormalizar» la conducta, en conseguir que se la considere menos normal (menos deseable y/o menos aceptable), tanto en la población general como en determinadas subpoblaciones con mayor riesgo.

La importancia de este proceso hace que en tabaco habitualmente se emplee una terminología específica en la que se distingue «prevención» de «control del tabaco» o «control del tabaquismo» (*tobacco control*, en inglés).

«Control del tabaco (o del tabaquismo)» hace referencia en casi todos los idiomas y en casi todos los países de habla hispana a aquel conjunto de medidas legislativas que pretenden alterar la normatividad del consumo de tabaco, disminuyéndola.

Por diversas circunstancias históricas, en España a las «estrategias de control» se les denomina frecuentemente «estrategias de prevención». Fuera de España, y en otros idiomas, «estrategias de prevención» suele aplicarse a aquellas estrategias que buscan el desarrollo de competencias personales y a los factores de riesgo y protección más personales, y que habitualmente se ofrecen a la población infanto-juvenil.

Indudablemente ambos campos semánticos se superponen: las estrategias de control son preventivas, y muchas estrategias preventivas sirven para desarrollar el control. Estas matizaciones se realizan para una mayor comprensión de la literatura al respecto.

Las diversas medidas que se han mostrado útiles para disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en una población han sido recogidas en el primer tratado universal sobre salud pública (y hasta ahora el único), proyecto desarrollado por la OMS y que lleva el nombre de Convenio Marco sobre el Control del Tabaco (CMCT). Pretende facilitar a los diversos gobiernos la promulgación de estas medidas y la resistencia a las presiones e intereses que dificultan su aplicación. Los artículos del Convenio Marco se desarrollan mediante directrices y protocolos. La OMS ha desarrollado además un programa que contempla una serie de medidas clave y que es conocido por su acrónimo: MPOWER; dichas medidas se

tratarán a lo largo de los siguientes apartados del presente capítulo.



Figura 13.5. Portadas del Convenio Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco y del Programa Mpower.

1.3. Una aparente paradoja

Todo lo anterior explica un hecho aparentemente paradójico: para influir en el comportamiento de los jóvenes, en el campo del consumo de tabaco es más eficaz una amplia labor educativa que llegue a todos los grupos de edad que la dirigida específicamente a ellos. Muy probablemente esto ocurra también en otras conductas, pero no es el tema de este capítulo.

Es lógico aplicar esfuerzos preventivos en aquella edad en la que las personas tienen más probabilidades de empezar a usar el tabaco, la adolescencia. Los jóvenes han de ser adecuadamente informados sobre los daños del consumo de tabaco antes de que comiencen a experimentar con él, a consumirlo. También se les ha de dotar de los recursos que les permitan resistir a las presiones sociales que pueden sufrir.

Aunque existe la creencia generalizada de que para advertir efectivamente de los peligros del tabaco a los jóvenes es necesario un enfoque diferente al utilizado para los adultos, esto no es fundamentalmente así. No deben desdeñarse los

enfoques específicos (especialmente, cara a la cesación del consumo), pero la evidencia muestra que lo que realmente sirve para prevenir el consumo en la población infanto-juvenil son aquellas estrategias que han demostrado ser útiles para disminuir el consumo en la población adulta.

Los programas antitabaco dirigidos a los niños para evitar que se inicien en su consumo son políticamente populares y tienen atractivo para el público general, pero no contribuyen muy significativamente a reducir la experimentación de tabaquismo en jóvenes ni el inicio cuando se realizan exclusivamente como parte de las clases de educación para la salud en las escuelas. Por ello, la OMS aconseja que se realicen en el marco más amplio de políticas de control de tabaco.

En definitiva, la evidencia muestra que tanto jóvenes como adultos se benefician de los enfoques centrados en estos últimos. La experiencia

muestra que, si se carece de la adecuada perspectiva, centrarse en iniciativas escolares antitabaco para los niños —algo que no debe despreciarse— podría debilitar los enfoques más amplios dirigidos a toda la población, enfoques que tendrían un mayor impacto a largo plazo en esos mismos niños.

2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO

2.1. Prevalencia de consumo en España

Los últimos datos disponibles de la encuesta EDADES (los de 2009-2010) muestran que un 39,4 por 100 de la población entre 15 y 64 años había consumido tabaco en los últimos 30 días y que un 31,8 por 100 lo había hecho diariamente. Los datos últimos de la encuesta Eurostat (mayo

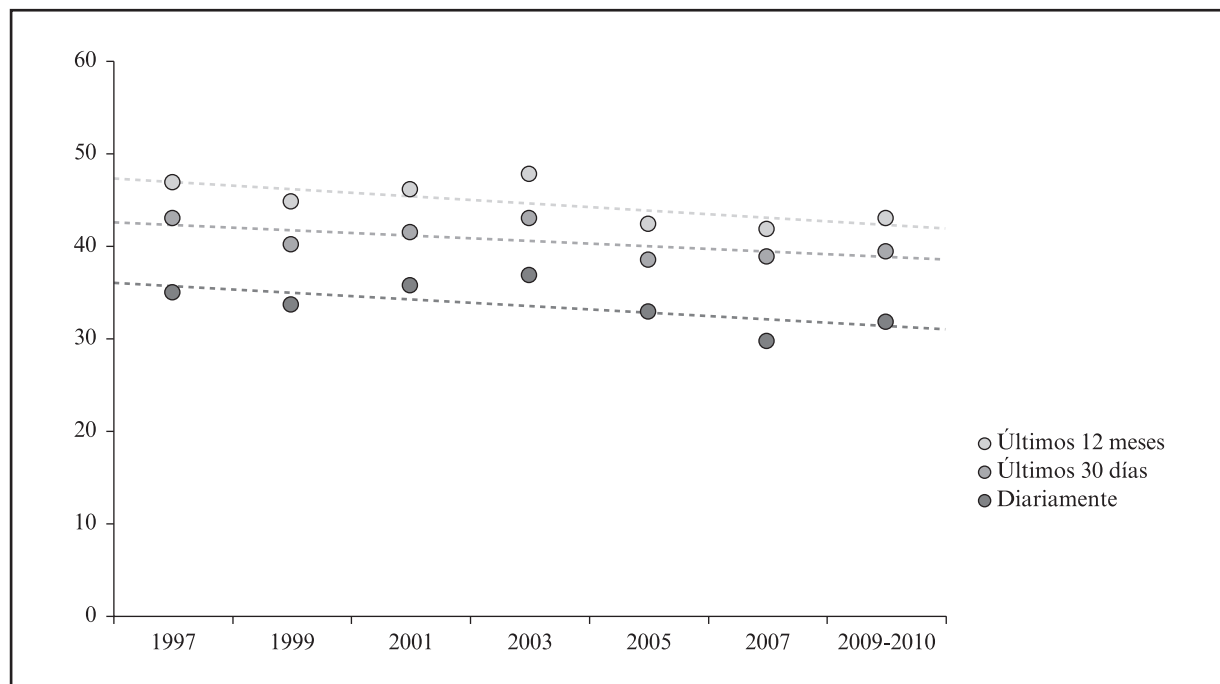


Figura 13.6. Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco (en los últimos 12 meses, en el último mes y diariamente en el último mes) en las encuestas nacionales españolas.

de 2011) muestran una prevalencia general de consumo diario de un 28,1 por 100.

La evolución de las prevalencias de consumo durante los últimos 12 años muestra un ligero descenso en el consumo del último año (4,0 puntos porcentuales), del último mes (3,5 puntos) y diario (3,1) (figura 13.6).

Por tramos de edad (figura 13.7), las prevalencias de consumo son 9,7 puntos porcentuales superiores en los varones de 35 a 64 años que en las mujeres de la misma edad (36,4 por 100 frente a 26,7 por 100). En la franja de edad de 15 a 34 años esta diferencia es algo menor: 7,9 puntos (35,9 por 100 frente a 28,0 por 100). El segmento de población de 15 a 24 años (datos actualizados de Eurostat) presenta una prevalencia global de 33,0 por 100.

En ambas figuras se aprecia una tendencia descendente en todas las variables analizadas. El descenso en el consumo es mucho más pronun-

ciado en el caso de las mujeres jóvenes, quizá porque tiendan a dejarlo a raíz del embarazo. De hecho, al irse incrementando la edad de las fumadoras e ir desapareciendo las cohortes de mujeres que apenas se habían iniciado en el consumo de tabaco en su juventud, en la actualidad —y por primera vez— no se aprecian diferencias significativas entre la prevalencia de consumo en las mujeres de 15-34 años y las de 35-64 años.

De acuerdo con el informe de 2009 del Plan Nacional sobre Drogas, el número de cigarrillos diarios que fuman las personas fumadoras en España es de 17,6 en el caso de los varones y de 14,3 en el caso de las mujeres. Las tasas de abandono de tabaco se incrementan con la edad en ambos sexos. Según los datos de 2007, el porcentaje de personas que habían fumado regularmente y ya no lo hacían era casi similar al de personas fumadoras: 27,4 por 100; probablemente ambas cifras se hayan igualado en la actualidad

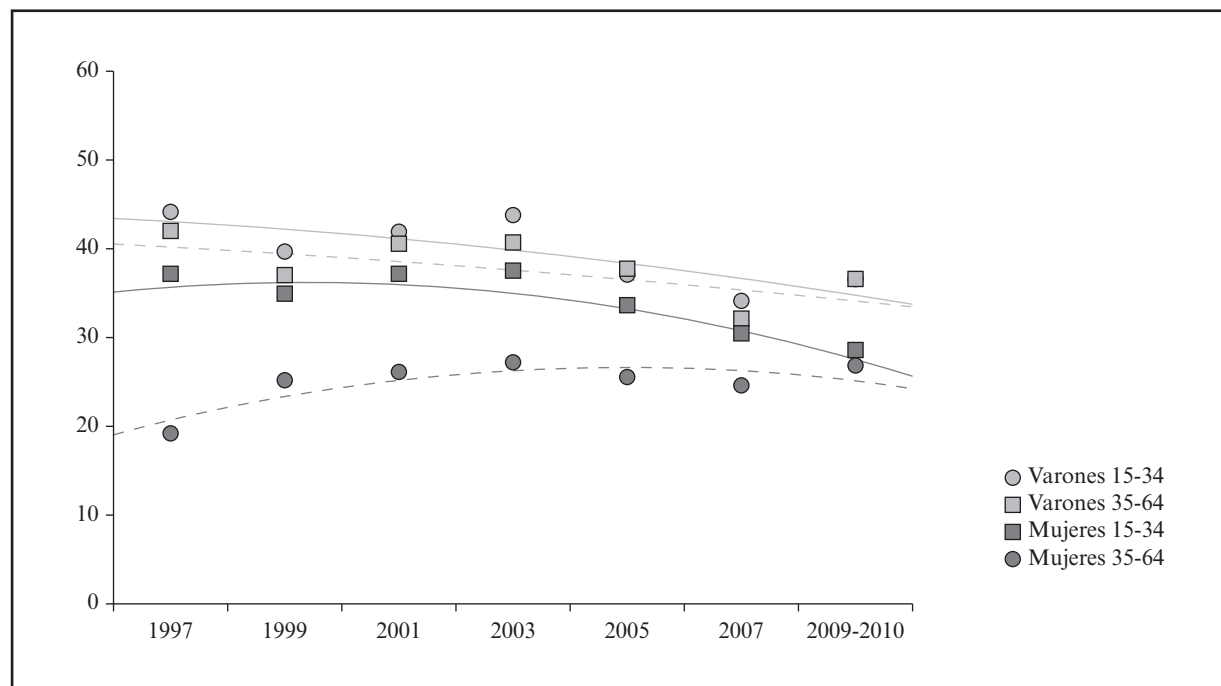


Figura 13.7. Evolución de las prevalencias de consumo diario de tabaco en varones y mujeres según edad.

El momento del inicio del consumo de tabaco se localiza al final de la escolarización primaria o inicio de la secundaria. Mientras que a los 14 años un 28 por 100 de los estudiantes refieren haber fumado alguna vez y un 18 por 100 haberlo hecho en el último mes, a los 18 años estas cifras son 60 por 100 y 48 por 100, respectivamente (figura 13.8).

Las prevalencias de consumo a estas edades son ligeramente superiores en las chicas que en los chicos: cinco puntos porcentuales para algún consumo en la vida y tres para el consumo en el último mes y también (figura 13.9) en el diario. En la actualidad las prevalencias de consumo diario están disminuyendo en la población escolar (14-18 años), tendiendo a disminuir más el consumo de las chicas, que ha sido superior sistemáticamente a estas edades. También ha disminuido el consumo diario de cigarrillos en esta población, pasando los consumidores regulares

(en el último mes) de fumar sistemáticamente más de 7 desde 1994 a 2004 a 5,0 en 2008 (sin apreciarse diferencias por sexos).

Desde 1996 la edad de inicio en el consumo se sitúa entre los 13,0 y 13,4 (ligeramente inferior en los chicos que en las chicas), y la referente al consumo diario, en los 14,3 años, tanto en chicos como en chicas. La edad de inicio en población general es lógicamente mayor por un efecto telescópico, y el primer consumo se sitúa en los 16,5, cifra que no ha descendido significativamente en la última década.

Los datos de la encuesta de 2008 muestran que la mayoría de quienes fuman se ha planteado dejar de hacerlo (el 73,1 por 100 de las chicas y el 63,7 por 100 de los chicos) y que bastantes de ellos lo han intentado realmente (el 38,7 por 100 de las chicas y el 33,5 por 100 de los chicos). Un 54,2 por 100, sin apenas diferencias por sexo, reconocía estar pensando seriamente en dejarlo.

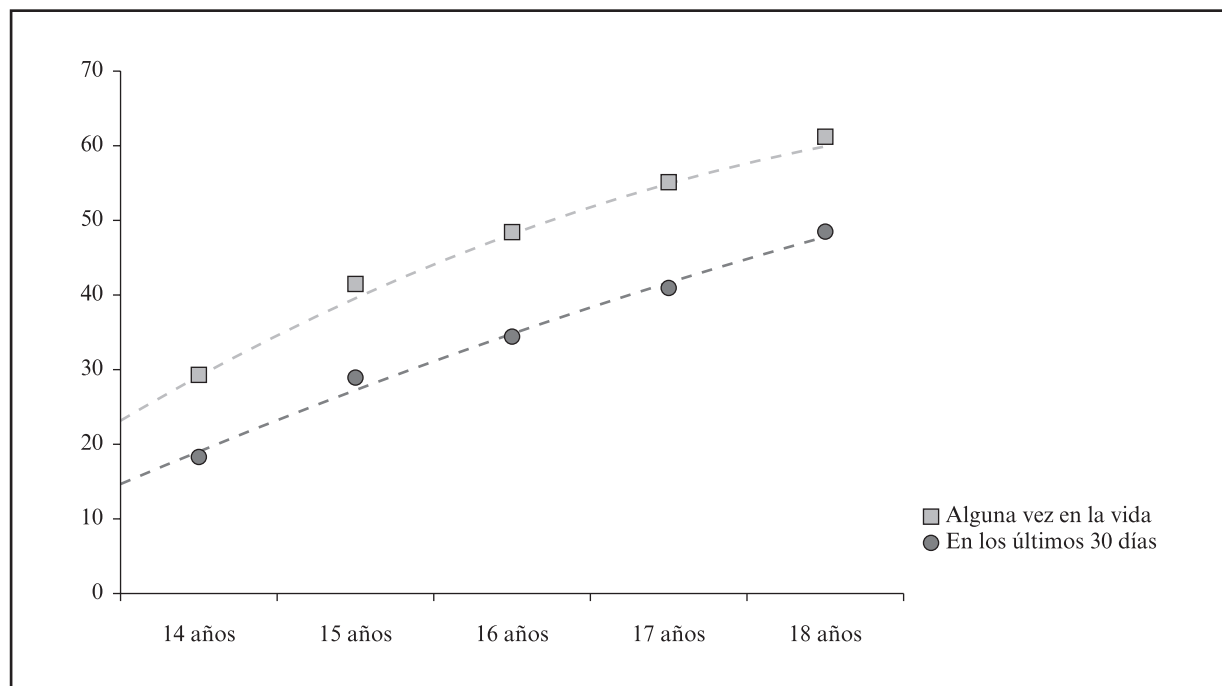


Figura 13.8. Evolución según la edad de la prevalencia de consumo de tabaco (2008).

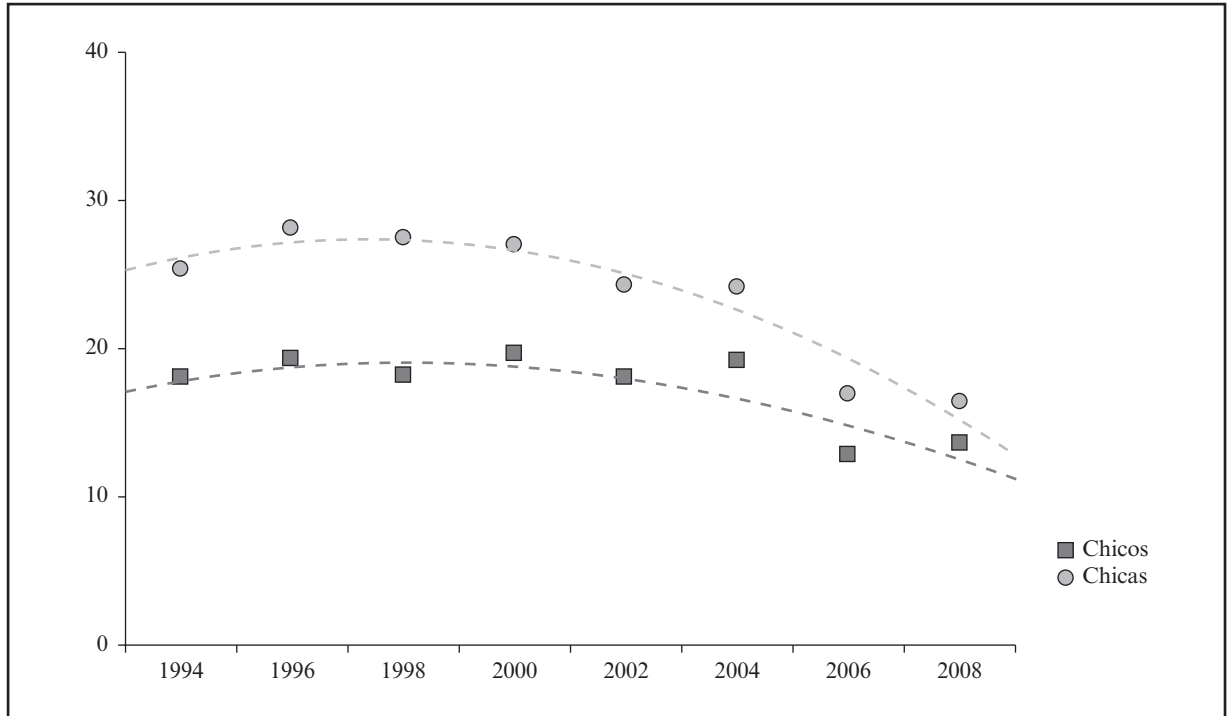


Figura 13.9. Evolución del consumo de tabaco diario en la población escolar (14-18 años) según sexos.

2.2. Comparación con otros países

En comparación con otros países europeos, tanto pertenecientes a la Unión Europea como no, España presenta una prevalencia de consumo diaria relativamente alta, especialmente en el grupo de edades más jóvenes (de 15 a 24 años) (cuadro 13.1).

Aproximadamente tres de cada diez europeos de 15 años o más fuman actualmente, siendo superior la prevalencia en los hombres (35 por 100) que en las mujeres (25 por 100). Un 50 por 100 declara no haber fumado nunca, siendo la prevalencia de éstos del 58 por 100 entre las mujeres y del 38 por 100 entre los varones.

Los países del este de Europa son los que presentan las prevalencias de consumo más elevadas. A principios de esta década, los países de Europa con una mayor prevalencia tabáquica en los varo-

nes son Rusia (63 por 100) y Ucrania (57 por 100); el país con menor prevalencia tabáquica en varones es Suecia (único con mayor consumo femenino, aunque es bajo). En el caso de las mujeres, Serbia y Austria son los países en los que más se fuma, con una prevalencia superior al 40 por 100. La prevalencia más baja de consumo de tabaco entre las mujeres se registra en Italia, Moldavia y Albania, con estimaciones por debajo del 20 por 100.

Los fumadores europeos fuman por término medio 14 cigarrillos manufacturados o liados al día. El rango de cigarrillos consumidos es amplio, y varía entre 22 en Chipre y 10 en Suecia. El consumo de cigarrillos fumados al día por los hombres es de 16 frente a los 13 declarados por las mujeres. El número de cigarrillos fumados aumenta con la edad, hasta los 55 años, momento en que se observa una ligera disminución. A me-

CUADRO 13.1

Prevalencias de consumo diario en población general y en el grupo de edad de 15 a 24 años

Prevalencia total		Prevalencia 15-24 años	
Austria	36,3	Austria	40,9
Eslovenia	34,6	Hungría	38,6
Dinamarca	34,1	Alemania	35,3
Estonia	33,3	Estonia	33,2
Letonia	32,7	España	33,0
Bulgaria	32,3	Suiza	32,8
Hungría	30,5	Bulgaria	30,5
Polonia	29,9	Letonia	30,0
Suiza	28,3	Reino Unido	29,7
Holanda	28,2	Dinamarca	29,5
España	28,1	Irlanda	29,0
Noruega	27,8	Eslovenia	28,8
Grecia	27,6	Holanda	28,6
Lituania	27,3	Francia	28,0
Alemania	26,3	Malta	26,4
Reino Unido	26,2	Bélgica	26,0
Francia	26,1	Noruega	25,6
Islandia	26,1	Lituania	25,5
República Checa	25,4	Grecia	24,6
Italia	24,5	Chipre	24,6
Bélgica	24,1	Islandia	23,9
Chipre	23,9	Italia	22,7
Malta	23,4	República Checa	22,3
Irlanda	21,9	Finlandia	21,9
Rumanía	20,8	Portugal	18,8
Eslovaquia	19,2	Eslovaquia	17,7
Finlandia	18,1	Polonia	16,8
Suecia	17,5	Rumanía	13,9
Portugal	16,4	Suecia	13,7

FUENTE: Eurostat, actualizado en mayo 2011.

dida que aumenta la clase social en la que los encuestados se autoclasifican, disminuye el número de cigarrillos que declaran fumar.

En los países industrializados el consumo de tabaco ha disminuido a lo largo de los últimos años, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, en los países en desarrollo, debido a la menor resistencia que encuentra la industria tabaquera (en parte debido a la connivencia de los gobiernos occidentales), el consumo de tabaco está aumentando progresivamente. Las mayores

prevalencias de consumo de tabaco se encuentran en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (Europa y Asia Central), mientras que las más bajas se encuentran en la región africana (fundamentalmente África subsahariana). En la actualidad el consumo europeo está disminuyendo: unos tres puntos porcentuales en el último lustro (dos por no inicio en el consumo y uno por mayor abandono).

Más de la mitad de los escolares europeos que cursan los estudios secundarios han probado el tabaco; estas cifras son menores en Estados Unidos, Canadá y Australia que en el conjunto de la Unión Europea, siendo la prevalencia de España de las más altas del contexto europeo. Los valores europeos en el resto de parámetros son también muy superiores a los de los países desarrollados referidos.

2.3. Colectivos con mayor prevalencia de consumo

Dada la alta prevalencia de consumo de tabaco, la mayor parte de las personas que fuman no presentan especiales rasgos diferenciales. Sin embargo, el consumo de tabaco es más prevalente en personas que reúnen determinados rasgos, como puede ser la presencia de patología psiquiátrica o de privación social.

Pacientes psiquiátricos. El consumo de tabaco es significativamente mayor entre las personas con problemas psiquiátricos que en la población general (figura 13.10). En una gran parte de los trastornos psiquiátricos la prevalencia del consumo de tabaco es más del doble, y, además, estas personas fuman más cigarrillos diariamente. Aunque ya había sido descrito por Tolstoi a principios del siglo xx, este hecho pasó relativamente desapercibido hasta mediados de los ochenta. A medida que ha disminuido la prevalencia de consumo de tabaco en las sociedades desarrolladas, ha ido emergiendo una mayor prevalencia de patología psiquiátrica grave en aquellas personas que seguían fumando, en quienes presumible-

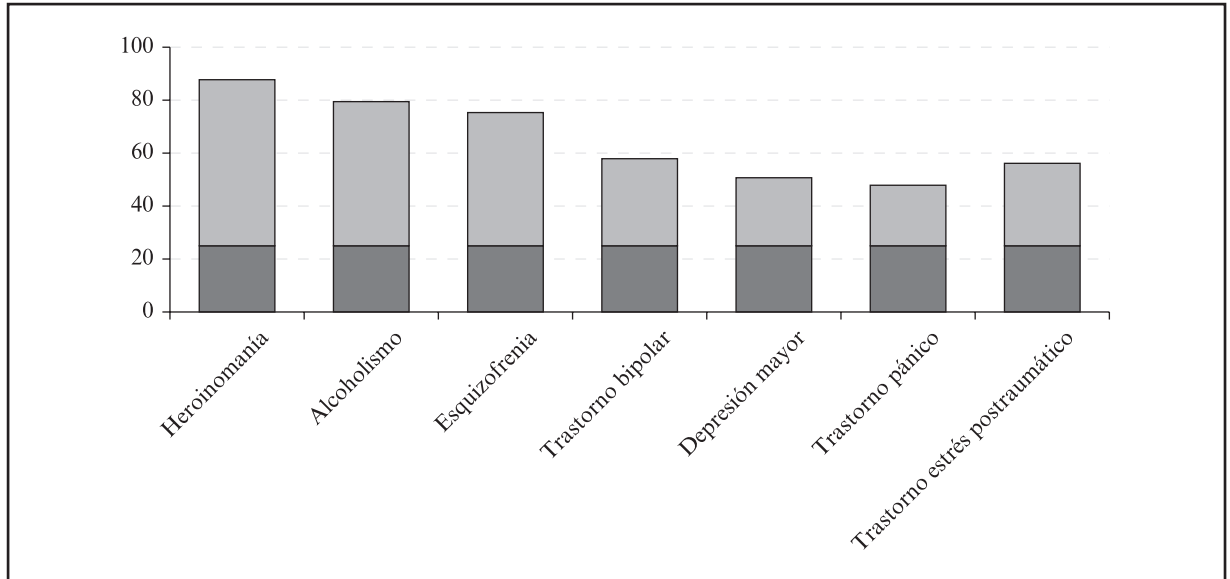


Figura 13.10. Prevalencia de consumo de tabaco en población general (color más oscuro) y en pacientes con patología psiquiátrica en Estados Unidos.

mente encontraban más dificultades para abandonar su consumo de tabaco.

En la actualidad en España, y en países de nuestro entorno, entre un 40 y un 50 por 100 de quienes solicitan ayuda para dejar de fumar —no de quienes fuman— presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Una mayor presencia de rasgos o síntomas psicopatológicos en quienes fuman se observa ya desde la adolescencia (figura 13.11).

Clases sociales desfavorecidas. Aunque en los países desarrollados el consumo de tabaco está disminuyendo, este decremento no es uniforme en todas las capas sociales; en estos países se aprecia que el consumo de tabaco se asocia cada vez más a la pobreza en todas sus manifestaciones: nivel de ingresos, nivel educativo, privación social, etc.

En el Eurobarómetro se publican datos de prevalencia de consumo de la población de 15 años o más en función del nivel que creen que ocupan en la escala social. La prevalencia entre los que se clasifican en un nivel bajo es 10 puntos porcen-

tuales más alta (36 por 100) que entre aquellos que se clasifican en el nivel alto (26 por 100).

En Europa la prevalencia de consumo de tabaco entre los desempleados se sitúa aproximadamente en el 50 por 100, siendo ésta la prevalencia más alta que se observa cuando se clasifica a la población en relación con su actividad profesional. En España la prevalencia de consumo diario de tabaco entre las personas que están en el paro es mayor que la de aquellas que tienen una colocación: el incremento es del 15,9 en los hombres y del 11,6 en mujeres.

Es en el consumo de tabaco por parte de las embarazadas donde se observan diferencias más importantes, también en España: la *odds ratio* de fumar antes del embarazo se sitúa en 1,7 para las de menor nivel socioeducativo, y la *odds ratio* de abandonar el consumo a raíz del embarazo, es 0,3 para estas mismas mujeres. Esto significa que la probabilidad de que sus hijos se vean expuestos al humo del tabaco durante el embarazo es cinco veces mayor que los de aquellas que han alcanzado el nivel superior de educación.

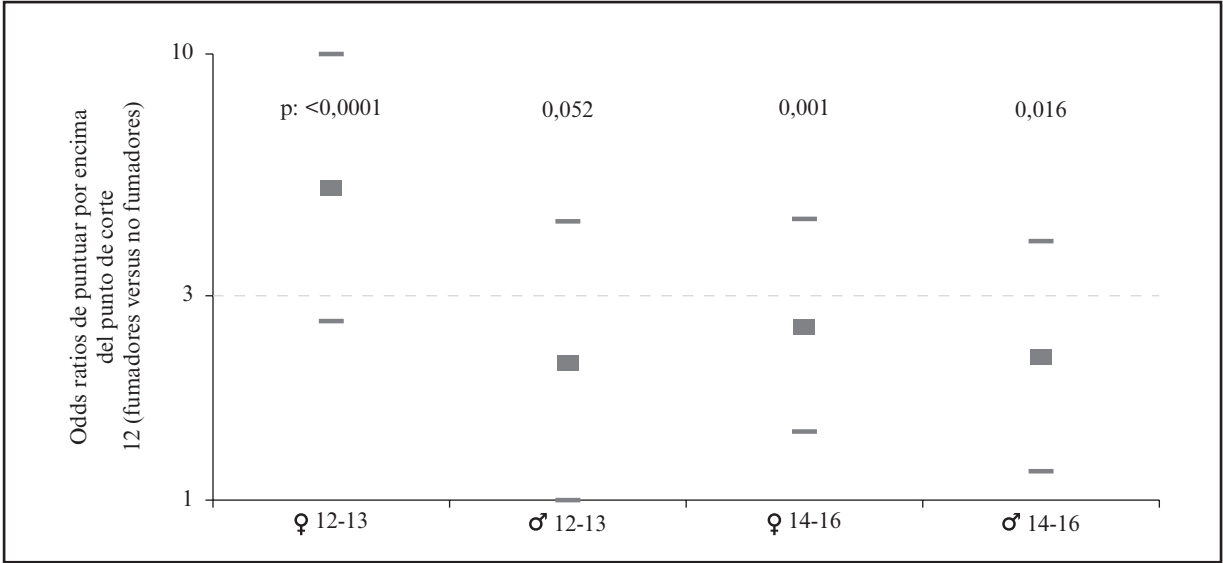


Figura 13.11. Odds ratios e intervalos de confianza del 95 por 100 (fumadores versus no fumadores) de puntuar por encima del punto de corte que sugiere patología en el test CDI (*Beck's Children Depression Inventory*). Escala logarítmica.

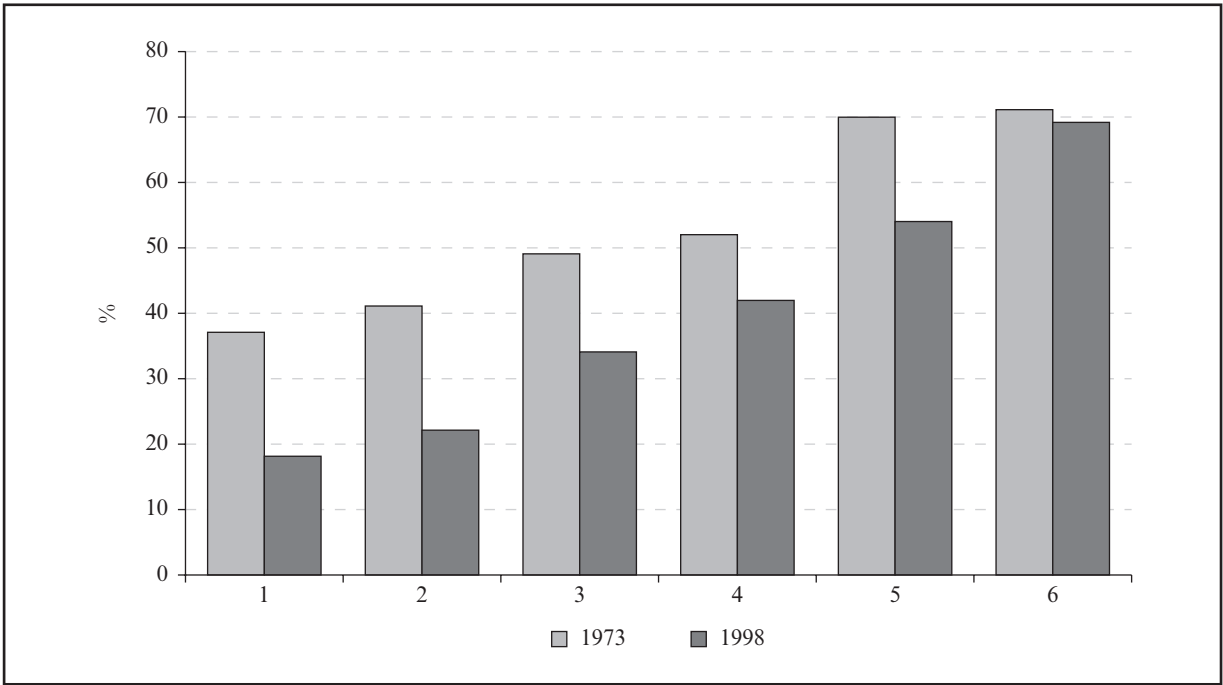


Figura 13.12. Prevalencia de consumo de tabaco según mayor (6) o menor (1) puntuación de deprivación socioeconómica en los varones del Reino Unido en 1973 y 1998. La prevalencia disminuyó fundamentalmente en las personas más ricas.

La figura 13.12 refleja la evolución del consumo de tabaco en Reino Unido en virtud de las diferencias socioeconómicas. Aunque siempre ha habido diferencias por clases sociales en la prevalencia de consumo tabáquico, éstas se han acentuado en las últimas décadas. No sólo existen diferencias en la prevalencia, sino que, además, el nivel de consumo —medido por los niveles plasmáticos de nicotina— es mayor.

Países en desarrollo. En la mayor parte de los países en desarrollo la prevalencia de consumo de tabaco es mucho mayor en los estratos más desfavorecidos de la población. La figura 13.13 muestra las diferencias que existen en varios países (la mayor parte en desarrollo) entre los estratos socioeconómicamente más favorecidos y los menos favorecidos.

Entre los factores de riesgo asociados identificados como predictores del consumo en la población infanto-juvenil se han identificado la edad (cuanto más joven se experimenta, mayores consumos suelen verse en el futuro), el bajo rendimiento escolar o algunos patrones de utilización del tiempo libre, como frecuentar bares y discotecas a edades muy jóvenes. Además de factores individuales, presentan también gran importancia determinados factores familiares, como la presencia de padres fumadores, el bajo nivel educativo de los padres y una mala comunicación en casa, con relaciones poco satisfactorias con los hijos. Otros factores psicosociales asociados son las actitudes positivas ante el tabaco o una alta presión autopercebida por fumar. Pero los factores más determinantes son tener amigos fumadores o que el mejor amigo fume.

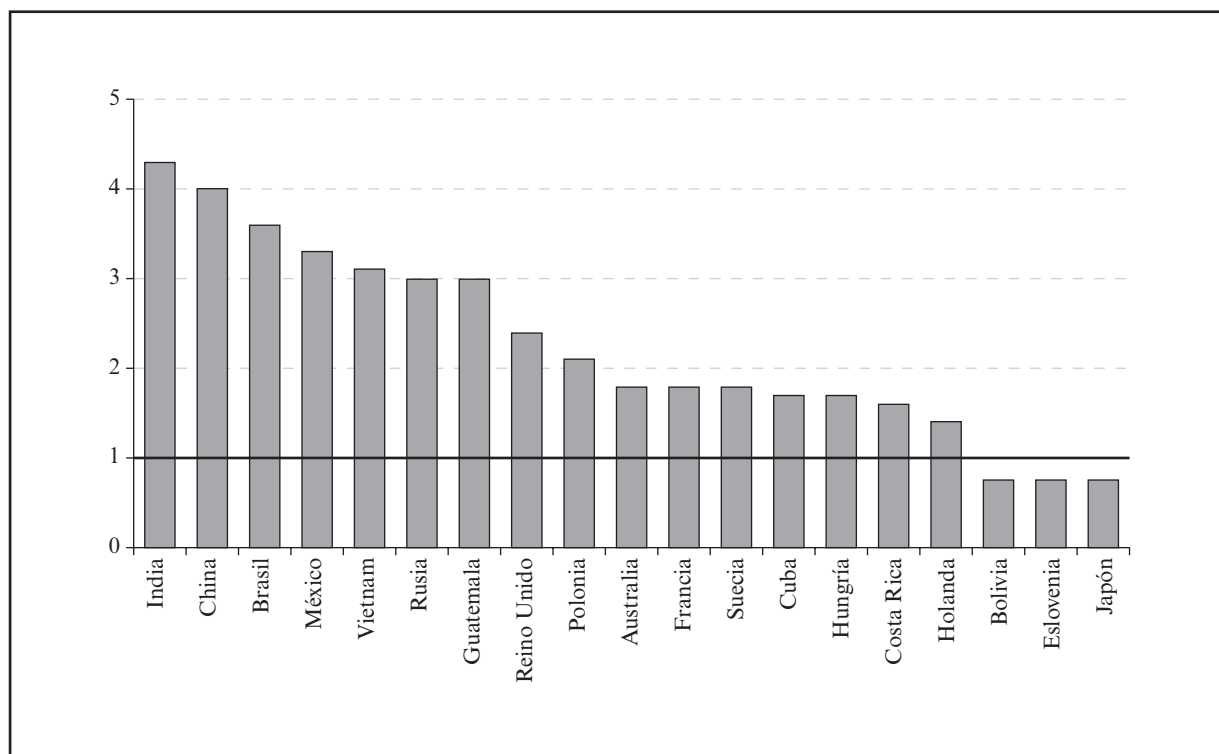


Figura 13.13. Cociente de prevalencia de consumo de tabaco entre los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos y los más pudientes. Los valores mayores de 1 indican un mayor consumo en las clases más desfavorecidas.

3. MEDIDAS EFICACES PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA POBLACIONAL DE CONSUMO

Las estrategias preventivas poblacionales con las sustancias institucionalizadas —aquellas cuyo consumo está normalizado y es promovido por agresivas campañas de publicitarias, explícitas o no— difieren de las de aquellas sustancias cuyo el comercio se encuentra habitualmente penalizado.

Además de para prevenir, estas estrategias sirven para inducir la cesación. En todo consumo de una sustancia adictiva siempre hay un pequeño núcleo, en ocasiones denominado *duro* o *residual*, cuyo consumo no responde en gran manera a los diversos tipos de presiones posibles. Sin embargo, cuando el consumo está muy extendido en la población —es el caso del tabaco—, la mayoría de las personas serán capaces de aumentar en mayor o menor grado el control sobre su consumo en virtud de cuál sea el balance costes-beneficios percibido del consumo o de la cesación.

En tabaco las principales estrategias preventivas y de control se resumen en intentar limitar la actividad promocional de las transnacionales del tabaco, las cuales a lo largo del siglo XX —a través del cine y la publicidad y sembrando la duda sobre las evidencias científicas— han conseguido normalizar el consumo de tabaco en una gran parte del mundo. Nada se entiende en tabaco y su control si no se tiene en cuenta la actividad de estas empresas. Por supuesto, se ha con- tar con la adictividad de la nicotina y con la influencia de las modas sociales en las conduc- tas, pero lo único que explica la gran difusión actual de los cigarrillos en concreto es su persis- tente actuación.

El 27 de febrero de 2005 entró en vigor el pri- mer tratado universal de salud pública: el Conve- nio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Contiene obligaciones vinculantes para los Estados que lo han suscrito y ofrece orienta- ciones exhaustivas en relación con las políticas que se han de desarrollar para disminuir el con- sumo de tabaco en todos los niveles.

En 2008 la OMS adoptó el plan MPOWER (por su acrónimo en inglés), cuya finalidad es ayudar a aplicar en los países una serie de medi- das eficaces de reducción de la demanda de taba- co, en consonancia con lo dispuesto en el CMCT de la OMS. Contiene seis medidas de control del tabaco de demostrada eficacia para reducir el ta- baquismo, cada una de las cuales refleja una o más disposiciones del CMCT (cuadro 13.2).

CUADRO 13.2
Las seis medidas del programa MPOWER

Monitor	Vigilar el consumo de tabaco, las activi- dades promocionales de la industria y el desarrollo de las políticas de control.
Protect	Proteger a la población del humo de ta- baco.
Offer	Ofrecer ayuda para el abandono del ta- baco.
Warn	Advertir sobre los peligros del tabaco.
Enforce	Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
Raise	Aumentar los impuestos sobre el tabaco.

3.1. Incremento de los impuestos

Aumentar el precio minorista de los productos de tabaco aplicando impuestos más elevados es la medida que por sí sola resulta más eficaz para disminuir el consumo y alentar a los consumido- res a abandonar el tabaco.

Cuando suben los precios del tabaco:

1. Disminuye el número de consumidores.
2. Quienes no abandonan el tabaco reducen su consumo.
3. Quienes lo habían dejado son menos sus- ceptibles de volver a fumar.

4. Los jóvenes tienen menos probabilidades de empezar a consumir tabaco.

Según los estudios del Banco Mundial, un incremento del precio del tabaco en un 10 por 100 entraña una reducción del consumo de un 4 por 100 aproximadamente en población adulta y casi el doble del consumo juvenil. El efecto de las subidas de precios en la reducción del consumo suele ser más acusado en los países de ingresos bajos y medianos.

En general, los impuestos sobre el tabaco son bien aceptados, y cuentan incluso con el apoyo de muchos fumadores, ya que la mayoría de la gente entiende que el tabaco es nocivo.

Protección social. Además de la población infanto-juvenil, que se inicia menos en el consumo y/o progresa menos en él, los impuestos sobre el tabaco protegen fundamentalmente a las personas socioeconómicamente más desfavorecidas.

Las subidas de impuestos ayudan a quienes son más pobres a dejar de consumir tabaco. Quienes dejan de fumar pueden reasignar el dinero ahorrado a necesidades básicas, como la alimentación, el alojamiento, la educación o la atención sanitaria. Los incrementos de impuestos también contribuyen a que las familias mejoren su productividad y su capacidad de obtención de ingresos en forma de salarios, al traer consigo una disminución de las enfermedades y defunciones relacionadas con el tabaco.

Aunque lógicamente afecta más negativamente a quienes no consiguen dejarlo, de todas las medidas de control ésta es la que más disminuye las desigualdades de salud creadas por el consumo de tabaco, conducta que es altamente regresiva: afecta más a los estratos sociales más desfavorecidos.

Actualización de los precios. La finalidad sanitaria de la aplicación de impuestos al tabaco

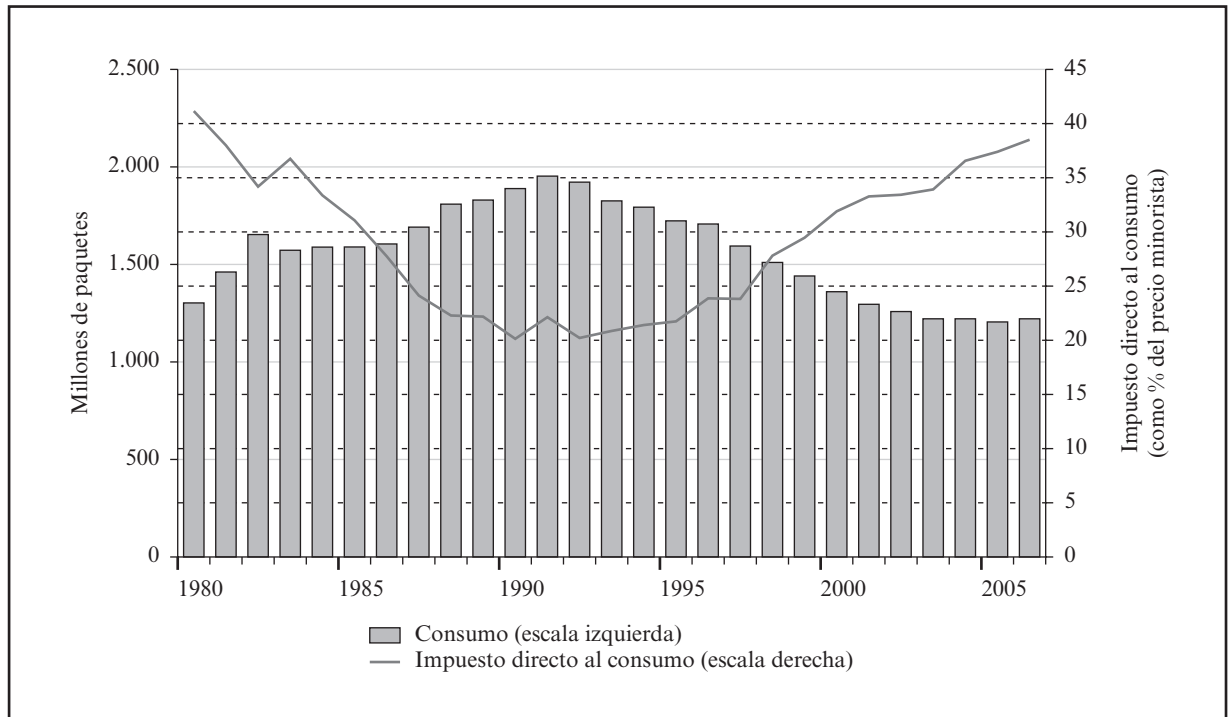


Figura 13.14. Relación precio de los cigarrillos y consumo. Ejemplo de Sudáfrica.

es hacerlo menos asequible para reducir el consumo. Para evitar que los precios reales aumenten sin quedar anulados por el efecto combinado de la inflación y el aumento del poder adquisitivo de los consumidores, los gobiernos deben subir los impuestos con regularidad. El mejor modo de cumplir con este objetivo consiste en establecer una vinculación automática entre los aumentos de las tasas impositivas y la evolución de los indicadores económicos que señalan la inflación. De lo contrario, el tabaco se volverá con el tiempo cada vez más asequible en términos relativos.

Debe evitarse que se produzca la sustitución de los productos. Si los impuestos hacen aumentar los precios de los productos más caros, pero no repercuten de forma significativa en los precios de los productos más baratos, muchos consumidores simplemente sustituirán una marca por otra, sin reducir el consumo de tabaco. Por ello, las subidas de impuestos deben aplicarse tanto a los productos de consumo más común como a los de precio más bajo para evitar que se produzca un efecto de sustitución.

Contrabando. Contrariamente a lo que sostiene la industria tabacalera, las subidas impositivas no entrañan un aumento automático de las actividades de contrabando. La evasión fiscal está más relacionada con estructuras de gobierno deficientes o corruptas que con la aplicación de impuestos elevados.

En definitiva, la evidencia muestra que la disminución de su accesibilidad económica mediante el incremento sostenido del precio del tabaco es la medida más útil para conseguir reducir la prevalencia de consumo de tabaco en una población.

Por ello el programa MPOWER propone dos intervenciones:

1. Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores.

2. Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco.

3.2. Restricciones de la publicidad, promoción y patrocinio

La industria tabacalera se gasta cada año en el mundo entero miles de millones de euros en publicidad, promoción y patrocinio. Estas actividades contribuyen a la normalización del tabaco y hacen que sea percibido como cualquier otro producto de consumo. Además de incrementar su aceptación social, esto menoscaba los esfuerzos por educar a la población sobre los peligros asociados al consumo de tabaco.

En los países donde no están permitidas la publicidad y promoción directas de los productos de tabaco en los medios de comunicación tradicionales, las tabacaleras a menudo se sirven de tácticas de comercialización indirecta para eludir las restricciones. Esas tácticas pueden basarse, entre otras cosas, en el patrocinio de eventos deportivos o musicales, el diseño de los paquetes y la manera de exhibirlos, el uso de artículos de marca, estrategias de inserción de productos, actividades supuestamente basadas en el principio de responsabilidad social corporativa o campañas mediáticas basadas en nuevas tecnologías (figura 13.15).

La comercialización del tabaco hace que éste se asocie, erróneamente, a calidades positivas como la energía, el *glamour* o el atractivo sexual, al tiempo que refuerza la influencia de la industria tabacalera en los medios de comunicación, el mundo del deporte y el sector del ocio y del espectáculo.

En muchos países de ingresos bajos y medios, más de una tercera parte de la población joven posee al menos un objeto con el logotipo de una marca de cigarrillos. Impedir la utilización de marcas de tabaco en prendas de vestir y otros artículos puede ser un buen medio para debilitar esta poderosa técnica. También es importante prevenir la distribución gratuita de productos de tabaco o artículos conexos.



Figura 13.15. Estrategias promocionales variadas: patrocinio de actividades deportivas, musicales y concursos de belleza; regalo de prendas con el logotipo; promoción y ventas de artículos diferentes con el mismo nombre y logo.

Las tabacaleras a menudo emprenden iniciativas que ellas mismas clasifican de actividades de responsabilidad social corporativa, consistentes por ejemplo en el patrocinio de trabajos de investigación, obras de caridad y proyectos comunitarios (véase figura 13.2: campaña «For 0,7» por 100). Estas actividades tienen por objeto mejorar la imagen de las tabacaleras, como contribuyen-

tes económicos socialmente aceptables, y disuadir a los gobiernos de aplicar medidas que puedan reducir las ventas de tabaco. Imposibilitar legalmente estas formas de actividad promocional es otro elemento importante de una política integral de control del tabaco.

Las restricciones son eficaces. La ausencia de toda forma, directa o indirecta, de publicidad,

promoción o patrocinio del tabaco protege a la población —en particular a los jóvenes— frente a las tácticas de marketing utilizadas por la industria tabacalera y puede reducir sustancialmente el consumo de tabaco. Cuando la imposibilidad de promocionar el tabaco es total, la capacidad de la industria queda anulada para seguir dirigiendo sus estrategias de comercialización a los jóvenes que aún no han empezado a fumar y a los fumadores adultos que quieren dejar el tabaco.

La desaparición de la publicidad, promoción o patrocinio del tabaco se puede lograr aplicando las normas de prácticas óptimas internacionales descritas en las directrices para la aplicación del artículo 13 del CMCT.

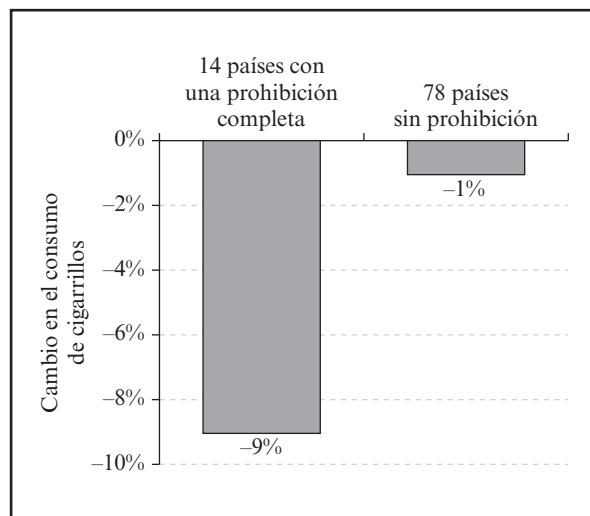


Figura 13.16. Cambio (promedio) en el consumo de cigarrillos diez años después de la introducción de prohibiciones de la publicidad en dos grupos de países (78 países sin prohibición y 14 países con una prohibición completa).

Las restricciones parciales no son eficaces. Las restricciones parciales, es decir, impedir sólo algunas de las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco o limitar muchas de ellas sin llegar a suprimirlas totalmente, tienen un efecto reducido o nulo, ya que sólo hacen que la indus-

tria desvíe los recursos a otros tipos de publicidad, promoción y patrocinio. Por ejemplo, si únicamente se impide la publicidad en los medios de radio y televisión, proliferarán otras formas de comercialización (periódicos y revistas, vallas publicitarias, puntos de venta, Internet, etc.). Si se suspende la comercialización directa, es posible que cobre auge el patrocinio de eventos especialmente populares entre los jóvenes, como por ejemplo acontecimientos deportivos o festivales de música.

Por ello, para resultar eficaz, la ausencia por imperativo legal de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco debe ser total y aplicarse en todas sus formas, tanto de carácter directo como indirecto. El objetivo es impedir legalmente todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio indirectos, incluyendo: el patrocinio de eventos musicales, culturales y deportivos, la utilización de productos no tabáquicos para promover marcas o empresas de tabaco y las muestras de apoyo por parte de celebridades.

Dos aspectos importantes a tener en cuenta son: las disposiciones para evitar y las prácticas de promoción en los puntos de venta (incluidos los descuentos de precios y la distribución gratuita de productos), las cuales pueden representar más del 75 por 100 de los gastos de comercialización de una tabacalera.

Deberían adoptarse asimismo medidas para restringir severamente la difusión de imágenes que exaltan el tabaco en los medios de entretenimiento, por ejemplo en películas o programas de televisión.

Éste es uno de los temas más claves en la actualidad. En la mayor parte de los países democráticos (en la Unión Europea desde 2006) no ha habido especiales problemas en limitar la promoción y publicidad, ya que su restricción no es un atentado contra la libertad de información ni contra la libertad de expresión. Publicidad hace referencia fundamentalmente a persuasión, no a información. La publicidad del tabaco cumple todas las características de la publicidad ilícita, ya que atenta contra el derecho a la salud, es engañosa y muchas veces es subliminal. Por ello, se

considera que debe ser restringida, al igual que lo es la de otros productos (medicamentos, venenos o armas, por ejemplo).

Amparándose en la libertad creativa de directores, guionistas y protagonistas, las empresas tabaqueras sistemáticamente —desde 1920, pero más en la actualidad— pagan a los profesionales del cine para que en las películas se fume, y se haga de una manera que no refleja la realidad: las personas pertenecientes a clases sociales bajas fuman bastante menos en las películas que en la realidad, y las personas pertenecientes a clases sociales altas, más del doble en las películas que en la realidad. Existe una distorsión intencionada del consumo.

No crea problemas que en una o varias películas aparezcan, por ejemplo, consumos de heroína, ni siquiera que se resalten aquellos aspectos de lo que el consumo puede aportar a estas personas; tampoco los crea que se resalten las virtudes de las personas heroinómanas en contraposición a la existencia aburguesada que puede llevar una gran parte de la población más convencional. Lo problemático —y sospechoso— sería que sistemáticamente el consumo de heroína apareciera en las películas como algo sin apenas consecuencias adversas y realizado por personas con las que es muy fácil, y en la mayor parte de los casos deseable, identificarse. En la actualidad en tabaco se están buscando maneras de regular no la actividad artística o creativa (que habitualmente no suele presentar ningún problema), sino la prostitución económica que se refugia en estas actividades. De hecho, la evidencia científica sobre la causalidad del cine en la iniciación del consumo de tabaco adolescente es inequívoca (véase *Surgeon General Report 2012*).

En publicidad la clave está en la vigilancia y la ejecución de la ley. La labor de vigilancia debe abarcar tanto los medios de comunicación y canales de comercialización tradicionales como las estrategias de mercadotecnia nuevas y emergentes. En este aspecto es importante que las sanciones económicas a los que incumplen la ley sean sustanciosas. La industria no suele tener incon-

veniente en pagar multas de pequeña cuantía, compensadas con creces por los beneficios adicionales reportados por sus actividades de comercialización.

3.3. Protección frente al humo ambiental de tabaco

El artículo 8 del Convenio Marco recoge que «la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad» y sienta las bases para la adopción de medidas internacionales destinadas a reducir la carga de morbilidad atribuible al humo ajeno. En la actualidad se estima que unas 600.000 personas mueren cada año en todo el mundo por esta causa.

El objetivo primario de esta medida es disminuir la toxicidad directa del humo ambiental de tabaco. Las recomendaciones básicas de política que hace la OMS con miras a asegurar la protección de los trabajadores y del público en general contra la exposición al humo ajeno son:

1. Eliminar la fuente de contaminación —el humo del tabaco— creando ambientes cien por cien libres de humo, ya que es la única estrategia eficaz para reducir la exposición al humo ajeno en los espacios interiores a niveles seguros y garantizar un grado de protección aceptable contra los peligros asociados a ella.
2. Promulgar leyes que exijan que los lugares de trabajo interiores y los lugares públicos cerrados sean ambientes totalmente libres de humo. Esas leyes deben proporcionar una protección universal, en condiciones de igualdad para todos. Las medidas de aplicación voluntaria no constituyen una respuesta aceptable para garantizar la debida protección.
3. Aplicar y hacer cumplir la ley. Promulgar leyes que promuevan la creación de ambientes libres de humo de tabaco no basta:

es preciso que esas leyes se apliquen y se hagan cumplir debidamente.

4. Organizar campañas de educación que reduzcan la exposición al humo ajeno en el hogar, teniendo presente que cuando existen leyes sobre los lugares de trabajo libres de humo aumentan las probabilidades de que las personas (tanto las que fuman como las que no) conviertan voluntariamente su vivienda en un ambiente libre de humo de tabaco.

Aunque no es su objetivo primordial, la creación de espacios sin humo contribuye significativamente a disminuir la prevalencia de consumo poblacional de tabaco, ya que el hecho de que no se fume en los ambientes cerrados —laborales, de ocio y en el hogar— contribuye a desnormalizar el consumo y dota a quienes fuman de un mayor control sobre su consumo, así como de una mayor percepción de problema.

3.4. Advertir de los riesgos

Los consumidores de cualquier producto tienen el derecho fundamental a información precisa sobre los riesgos de usarlo. El consumo de tabaco no es diferente. El CMCT de la OMS reconoce que un requisito básico para reducir el consumo de tabaco es que cada persona sea informada de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la posibilidad de discapacidad y muerte prematura que genera el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco.

La educación sobre los peligros del consumo de tabaco y de la exposición al humo ajeno influye en la decisión de iniciar o continuar con el tabaco. En última instancia, uno de los objetivos de advertir al público sobre los peligros del tabaco es cambiar las normas sociales sobre su consumo. Esto hará no sólo que muchas personas no consuman tabaco sino que aumente el apoyo a otras medidas de control del tabaco.

A pesar de que existe abundante y clara evi-

dencia científica sobre los peligros del consumo de tabaco, muchos usuarios de tabaco en todo el mundo subestiman la magnitud del riesgo para su salud y la de otros. Aunque un gran número de personas conocen en términos generales que el uso del tabaco es perjudicial para su salud, muchos aspectos del consumo de tabaco no siempre se explican adecuadamente y, en consecuencia, el perjuicio no es bien comprendido ni interiorizado por la mayoría de los usuarios de tabaco. Muchos usuarios de tabaco no son conscientes de las sustancias químicas nocivas que contienen los productos y el humo del tabaco. Tampoco conocen el amplio espectro de enfermedades específicas causadas por su consumo. La extrema capacidad adictiva del tabaco tampoco es ampliamente reconocida. Muchas personas, incluidos los fumadores, creen erróneamente que el consumo de tabaco es simplemente una mala costumbre, no una adicción, y sobrestiman la probabilidad de ser capaces de dejar de fumar cuando deseen y antes de que ocurran problemas de salud. Además muchos fumadores también creen erróneamente que los cigarrillos «light», suaves o bajos en alquitrán son menos dañinos. Esta falta de conocimiento conduce a una importante percepción errónea de los riesgos que conlleva el consumo de tabaco. Como resultado, no suelen evaluar con precisión la probabilidad de discapacidad y muerte por consumo de tabaco a largo plazo ni el alcance del daño causado por la exposición al humo de tabaco ajeno.

Dado que las personas tienen más probabilidades de empezar a usar el tabaco en la adolescencia, es especialmente importante informar a los jóvenes sobre los daños del consumo de tabaco antes de que comiencen.

Las advertencias de salud pueden ser transmitidas utilizando diferentes métodos, incluyendo las etiquetas en los envases de tabaco y las campañas en medios masivos de comunicación.

Las advertencias en los paquetes de tabaco son eficaces (que no tengan una eficacia del cien por cien en el cien por cien de los casos en ningún caso implica que no sean eficaces):

1. Aumentan la conciencia de los riesgos para la salud entre los fumadores.
2. Aumentan la probabilidad de que el fumador piense en dejar el hábito y reduzca el consumo de tabaco.
3. En última instancia, ayudan a cambiar la imagen del tabaco y desnormalizar su uso.

Las advertencias en los paquetes de tabaco sirven dos propósitos: sustraen valor de marketing a los envases a costa de añadirles contenido de salud pública.

1. Las advertencias gráficas son más eficaces que las que llevan sólo texto, en parte porque son percibidas por más gente, suministran más información y las imágenes evocan respuestas emocionales. Las advertencias gráficas son aún más importantes si se quiere llegar hasta las personas con un nivel bajo de alfabetización, que pueden tener dificultades para comprender mensajes escritos.
2. Reducen el efecto de marketing de los envases de productos de tabaco, por lo que es más difícil para las compañías de tabaco resaltar la imagen de marca. Debido a que las vías tradicionales de comercialización de los productos del tabaco son cada vez menores —debido a una mayor adopción de las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio—, la industria del tabaco es cada vez más dependiente de los paquetes de cigarrillos como un vehículo de marketing primordial. La reducción máxima de los efectos de comercialización de los paquetes de tabaco se lograría mediante el uso de un envasado genérico. En julio de 2012 entró en vigor en Australia la primera ley que lo requiere (figura 13.17). Esta medida será muy probablemente implantada en la Unión Europea en los próximos años y, vista la oposición decidida de la industria tabaquera, se presume que ha de ser muy eficaz en la reducción de la prevalencia de consumo.

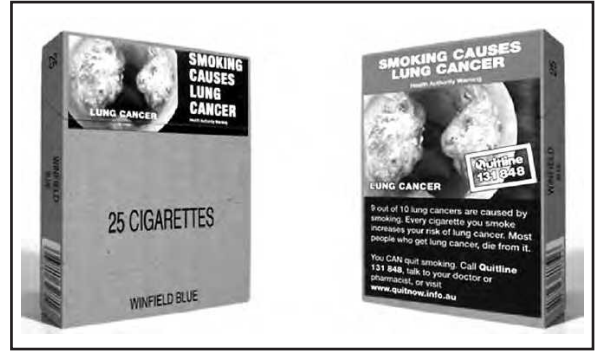


Figura 13.17. Propuesta de empaquetado sencillo (*plain packaging*). Todas las cajetillas serán iguales en colores de fondo y tipo de letra en la que va la marca y con advertencias sanitarias gráficas rotatorias.

La advertencia de los riesgos puede también realizarse mediante campañas publicitarias. Aun teniendo en cuenta que ningún mensaje concreto puede resultar efectivo para todos los públicos entodas las áreas y en todas las situaciones, se ha observado una serie de características que debe reunir un mensaje para ser efectivo; han sido recogidos en la revisión realizada en 2006 por la iniciativa Diálogo Global para Campañas Efectivas para Dejar de Fumar (véase el cuadro 13.3).

3.5. Ayudar a dejar de fumar

Cuando se les informa sobre los riesgos del tabaco para la salud la mayoría de los fumadores quieren abandonar el hábito. Aunque la mayor parte de quienes abandonan el tabaco lo hacen sin ningún tipo de intervención, la prestación de asistencia en esta esfera incrementa considerablemente las tasas de cesación tabáquica. El tratamiento de la dependencia del tabaco es principalmente una responsabilidad que incumbe al sistema de atención sanitaria de cada país.

Si bien tienen un menor impacto en el conjunto de toda la población, las intervenciones individuales de deshabituación tabáquica repercuten en la salud de cada persona y resultan sumamente costo-eficaces en comparación con muchas otras

CUADRO 13.3

Características que se han mostrado efectivas en las campañas publicitarias poblacionales

1. Usar una combinación de mensajes sobre «por qué dejar de fumar» y «cómo dejar de fumar» para motivar a los fumadores a intentar abandonar su hábito.
2. Considerar el uso de testimonios: historias personales, emotivas.
3. Crear la conciencia de que dejar de fumar con ayuda aumenta las probabilidades de abandono del consumo.
4. Enfatizar que la decisión de dejar de fumar es un viaje, no necesariamente un evento, y que no importa si no se logra al primer intento.
5. El tono de los mensajes no debe ser crítico sino empático y respetuoso para con las personas fumadoras.
6. Determinados mensajes sobre el tabaquismo pasivo (humo de segunda mano) pueden motivar a fumar menos o intentar dejar de fumar.
7. Ciertos tipos de anuncios publicitarios para dejar de fumar orientados a adultos también pueden motivar a los adolescentes a abandonar el consumo de tabaco.
8. Se debe considerar el uso en otras áreas geográficas de anuncios publicitarios que se han mostrado efectivos en un país o región.
9. Son aplicables principios similares —sobre impacto, tamaño y apariencia gráfica— a las advertencias en los paquetes de cigarrillos.

actividades promovidas por los sistemas sanitarios. Las personas que dejan de fumar, con independencia de su edad, sus antecedentes como fumadoras o su estado de salud, experimentan inmediatamente una serie de beneficios sanitarios profundos y pueden reducir la mayoría de los riesgos asociados al tabaquismo en apenas unos pocos años tras dejar el consumo.

Aunque el tratamiento de la dependencia del tabaco puede incluir varios métodos, la OMS recuerda que es importante que los programas comprendan:

1. Servicios de asesoramiento para dejar el tabaco que estén incorporados dentro de los servicios de atención primaria.
2. Una línea de atención telefónica, gratuita y de fácil acceso, para las personas deseadas de abandonar el tabaco.
3. El acceso a medicamentos asequibles para el tratamiento de la dependencia.

3.6. Monitorización

Un buen sistema de vigilancia y monitorización debe medir los indicadores del consumo de

tabaco, incluyendo el del tabaco sin humo y el de las formas nuevas, emergentes de tabaco (pipa de agua, e-cigarrillos), la exposición al humo de tabaco ajeno, así como el impacto de las intervenciones de las políticas de control de tabaco. Las actividades de la industria del tabaco también deben ser monitorizadas. La importancia de la monitorización reside en que permite una actualización de las políticas de control. Los países con una mejor monitorización son los que mayores descensos en las prevalencias de consumo han conseguido, también porque son los que aplican el resto de medidas.

4. INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN ADOLESCENTES

Todo lo expuesto en el apartado anterior puede ser clasificado de varias maneras. Varias de las actuaciones descritas pueden ser designadas **estrategias de protección de la población y control del mercado** (incremento de precios, restricciones de venta, regulación de la publicidad, promoción y patrocinio...); otras pueden describirse como **estrategias de influencia** (conjunto heterogéneo de medidas como inclusión de

mensajes relativos a los riesgos que implica el consumo, campañas de promoción de estilos de vida libres del tabaco y de exposición involuntaria al humo de tabaco y otras actividades que hagan menos deseable el inicio en el consumo y faciliten el deseo de cesación) y otras son **estrategias asistenciales y de apoyo para dejar de fumar**.

Como se expone a lo largo de los diversos capítulos de este libro, existen también diversas **estrategias de desarrollo de competencias**, que son aquellas que trabajan y promueven el desarrollo de las habilidades incluidas generalmente en los programas educativos de prevención: habilidades generales para la interacción social, de resistencia a la presión a consumir, para la toma de decisiones y/o la resolución de problemas, así como otras de carácter más general, como el desarrollo del espíritu crítico, de la capacidad de análisis, etc.

Los programas educativos dirigidos al desarrollo de competencias suelen contener también otros elementos (informativos, afectivos o de cambio de actitudes) que los complementan y que contribuyen a mejorar su eficacia. La utilidad de incorporar estos componentes complementarios es evidente, ya que muchas de las competencias que se trabajan desde los programas de prevención requieren elementos de apoyo; así, por ejemplo, la toma de decisiones requiere el concurso de los contenidos informativos necesarios para poder tomar tales decisiones.

Aunque el desarrollo de actividades inespecíficas preventivas debe darse con anterioridad, es posible recomendar que sea en el inicio de la escuela secundaria, y mejor en el primer curso que en el segundo de este primer ciclo (13-14 años), cuando se aconseja la aplicación de los módulos de prevención primaria o prevención universal que tienen como especial objetivo los individuos susceptibles. Esto se basa en cuándo empieza el consumo de tabaco en los adolescentes (véase el apartado 2) y en el principio de que la prevención debe hacerse inmediatamente antes de que el consumo vaya a hacerse significativo y extensible a una mayoría del grupo etario.

4.1. Ejemplos de programas existentes

El cuadro 13.4, tomado de Ariza y Nebot (2004), muestra los diez programas internacionales de prevención del consumo de tabaco en la escuela más referenciados en la literatura científica como efectivos. El modelo de influencias sociales está contemplado en todos ellos.

En general, los programas de prevención del consumo de tabaco en jóvenes pueden presentar cuatro componentes principales combinados de forma diferente para aumentar su efectividad:

1. Los específicamente escolares o de aula.
2. El mediático o de uso de medios de comunicación social.
3. El comunitario, que va desde los ambientes de ocio de los jóvenes hasta el trabajo con intermediarios de éstos en la comunidad.
4. Una política de normativa y de protección de la exposición ambiental involuntaria en los espacios físicos.

En España, aunque se han implantado numerosos programas preventivos en el ámbito escolar, pocos de ellos se dedican exclusivamente al tabaco (lo incluyen con otras drogas) y no han sido habitualmente evaluados.

El más difundido es «Clase sin humo». El proyecto se inició en Finlandia en 1989, y a partir del curso escolar 1997-1998 se extendió por la Unión Europea. El objetivo principal del programa es evitar el inicio del consumo de tabaco en la adolescencia o, en su defecto retrasarlo, además de potenciar la autoeficacia y las habilidades de los escolares para mantenerse como no fumadores, reforzando a la vez las acciones preventivas sobre el tabaquismo realizadas previamente en el aula.

Las herramientas utilizadas para conseguir el objetivo final son: la utilización de la presión de grupo de forma positiva, generada por la complicidad del grupo y un adulto (tutor/a); reforzamiento del carácter voluntario de la decisión de no fumar; reforzamiento de la confianza en uno

CUADRO 13.4

Nombre de los investigadores	Nombre del proyecto y lugar	Período de años del proyecto	Edad de la población diana	Modalidad de programa	Contenidos del programa	Número de sesiones	Resultados (diferencia entre GI y GC)
E. Vartiainen et al.	North Karelia Youth Project, Karelia del Norte (Finlandia)	1978-1993	13-28	Escolar Comunitario para los adultos	Influencias sociales. Consecuencias a corto y largo plazos sobre la salud.	Diez en tres años consecutivos	D ₁ (diario): 11,4% (48 meses) D ₁ (semanal): 11,3% (48 meses) D ₁ (diario): 13,9% (96 meses) D ₁ (semanal): 7,0% (180 meses)
C. L. Perry et al.	Minnesota Heart Health Program, Minnesota (Estados Unidos)	1983-1989	11-18	Escolar Peer-leaders Comunitario	Influencias sociales. Compromiso público. Consecuencia a corto plazo sobre la salud.	21 en cinco años consecutivos y dos de recuerdo	D ₁ (semanal): 11,0% (48 meses) D ₁ (semanal): 9,5% (72 meses)
K. I. Klepp et al.	Oslo Youth Study, Oslo (Noruega)	1979-1989	10-22	Escolar Peer-leaders	Influencias sociales. Compromiso público (sólo en varones)	Diez en un curso escolar	D ₁ (semanal): 10,4% (24 meses) D ₁ (semanal): 15,0% (120 meses)
M. A. Pentz et al.	Midwestern Prevention Project, Kansas City (Estados Unidos)	1984-1990	11-18	Escolar Peer-leaders Comunitario Padres, MCS	Influencias sociales.	Diez en un curso y cinco de recuerdo en el siguiente	D ₂ (semanal): 8,5% (36 meses) D ₂ (semanal): 7,5% (72 meses)
M. J. Telch et al.	Project CLASP, California (Estados Unidos)	1977-1980	12-16	Escolar Peer-leaders Películas	Influencias sociales. Compromiso público.	Siete en nueve meses	D ₁ (semanal): 11,7% (21 meses) D ₁ (semanal): 9,7% (33 meses)
R. E. Shean et al.	Western Australia (University of Minnesota, social consequences)	1981-1988	12-20	Escolar Peer-leaders	Influencias sociales. Consecuencias a corto y largo plazos sobre la salud.	Cinco en seis meses	D ₁ (diario): 7,0% (12 m) (mujer) D ₁ (diario): 14,0% (12 m) (varón) D ₁ (diario): 11,9% (24 m) (mujer) D ₁ (diario): 12,0% (84 m) (mujer)
S. Sussman et al.	Project Towards No Tobacco Use, Southern California (Estados Unidos)	1989-1992	12-15	Escolar Vídeos	Influencias sociales. Análisis de componentes.	Diez en dos semanas y una de recuerdo en la siguiente	D ₂ (semanal): 3,6% (12 meses) D ₂ (semanal): 5,0% (24 meses)
G. J. Botvin et al.	Life Skills Training Program, Nueva York (Estados Unidos)	1985-1991	12-19	Escolar Casetes de audio	Influencias sociales. Habilidades para la vida. Consecuencias a corto y largo plazos sobre la salud.	15 en un curso. Diez y cinco de recuerdo en los dos siguientes	D ₁ (semanal): 6,0% (72 meses) D ₁ (diario): 3,0% (72 meses)
B. S. Flynn et al.	Mass Media & School Intervention, Vermont (Estados Unidos)	1985-1991	9-18	Escolar Comunitario (MCS)	Influencias sociales.	16 en cuatro cursos y seis en los dos siguientes	D ₁ (semanal): 4,53% (60 meses) D ₂ (semanal): 4,65% (60 meses)
D. M. Murray et al.	Peer-taught Smoking Prevention, Minnesota (Estados Unidos)	1979-1986	12-19	Escolar Peer-leaders Vídeos	Influencias sociales. Compromiso público. Consecuencias a corto y largo plazos sobre la salud.	Cinco en seis meses	D ₁ (semanal): 5,4% (12 meses) D ₁ (diario): 5,0% (12 meses)

GI: grupo intervención; GC: grupo control; Peer-leaders: metodología por iguales; MCS: campaña en medios de comunicación social; D₁: diferencia de las prevalencias de fumadores entre los grupos GI y GC; D₂: diferencia de las incidencias de nuevos fumadores entre los grupos GI y GC.

mismo y en los demás; la utilización de los premios como incentivo-recompensa para todo el grupo.

El desarrollo del programa-concurso se basa en el compromiso individual y colectivo de toda el aula (incluyendo a los escolares que ya han tenido algún contacto con el tabaco) todos tienen que comprometerse a no fumar durante por lo menos seis meses y a elaborar un eslogan de carácter preventivo. El educador efectúa un seguimiento y promueve la realización de una serie de actividades complementarias en el aula, todas relacionadas con la prevención del consumo de tabaco.

Las evaluaciones europeas postintervención muestran modificaciones positivas del comportamiento en relación con el consumo de tabaco entre los jóvenes participantes, observándose una disminución significativa del inicio del consumo de tabaco y un retraso en la edad de inicio entre los que deciden fumar.

Otros programas preventivos empleados son Decideix! (Tú decides), Jóvenes y drogas (de EDEX), Construyendo salud, PASE.ben, De ti depende. Vivir sin tabaco. Vivir la salud, el programa de entrenamiento en habilidades de vida (adaptación del programa de Botvin), y ESFA.

4.2. Características de los mejores programas preventivos

Teniendo en cuenta los resultados y conclusiones de algunos estudios de revisión, metaanálisis y metaevaluaciones sobre la efectividad de los programas preventivos en la edad escolar, las características que deberían tener los programas preventivos dirigidos a escolares de la educación secundaria, y siguiendo a Ariza et al., podrían resumirse en el cuadro 13.5.

En primer lugar, los programas preventivos dirigidos a la edad escolar deberían combinar diferentes metodologías. Así, las principales metodologías que hoy tienen mayor evidencia de efectividad son: el aprendizaje activo (partiendo y avanzando a base de preguntas y respuestas), la toma de conciencia de las influencias sociales so-

bre muchas de las conductas individuales de salud, el entrenamiento de habilidades sociales y de comunicación, el desenmascaramiento de mensajes publicitarios que instan al consumo y la implicación de los jóvenes en el propio desarrollo del programa y en ocasiones como líderes de grupo (*peer-leaders*).

Es conveniente que los programas preventivos se adapten a las necesidades y características culturales de otros grupos minoritarios. Asimismo, deben integrarse y adaptarse a diferentes currículos educativos y tendrían que sacar el máximo provecho de las ventajas de las nuevas tecnologías y de la comunicación electrónica. También conviene propiciar el trabajo conjunto entre los profesionales de la salud y de otros sectores para que el marco preventivo sea lo más comprehensivo posible.

CUADRO 13.5

Perfil de los mejores programas de prevención del consumo de tabaco en adolescentes

Los programas preventivos con mayor evidencia de efectividad son aquellos que:

1. Se basan en el tratamiento de las normas y las competencias sociales.
2. Suponen el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social, y se centran en las consecuencias físicas y sociales inmediatas del consumo de tabaco.
3. Su metodología es activa: técnicas de discusión, *role-playing*, compromiso público de no consumir tabaco, etc.
4. De un mínimo de cinco sesiones anuales.
5. Con varias intervenciones a lo largo del proceso de iniciación y experimentación (mantenimiento).

También es conveniente que los programas preventivos cubran toda la etapa del desarrollo y mantenerse hasta el final de la escolarización (18 años). Los programas dirigidos a la iniciación en las conductas saludables deben acompañarse de sesiones complementarias (*booster*) en años posteriores para afrontar las variaciones temporales

en la instauración progresiva de las conductas saludables.

Uno de los temas pendientes por establecer en los programas de prevención universal del consumo de tabaco es el mantenimiento de la efectividad a medio y largo plazo. Para ello es importante definir un conjunto mínimo de indicadores del proceso de lo realizado en estos programas, así como de la medida del efecto sobre el consumo. Estos indicadores han de ser medidas válidas y fiables y promoverse el amplio uso de los mismos.

Finalmente, como se ha señalado en el apartado previo, para que las intervenciones preventivas en la escuela tengan la mayor efectividad posible, deberían acompañarse de otras actividades comunitarias en el entorno de los escolares:

- Apoyo de regulaciones y normativas relacionadas con el consumo de tabaco, que se

sabe que contribuyen a cambiar la norma social de valoración de una determinada conducta.

- Medidas que disminuyan la accesibilidad a los productos de consumo y otras conductas de riesgo, como por ejemplo el control de los puntos de venta o las limitaciones en el uso de las máquinas expendedoras.
- Políticas de protección y promoción de la salud de la población en general, como, por ejemplo, las políticas de espacios públicos libres de humo.
- Normativas que restrinjan la publicidad y promoción de mensajes engañosos sobre productos de consumo con incidencia en la salud.
- Campañas mediáticas, especialmente aquellas que desenmascaren las tácticas manipuladoras de las industrias tabaqueras.

Estrategias eficaces en programas de prevención del consumo de alcohol

14

JÉSICA RODRÍGUEZ CZAPLICKI
JOSEFA GÓMEZ MOYA

1. INTRODUCCIÓN

La prevención del consumo y abuso de alcohol, y sus problemas derivados, continúa siendo una de las grandes prioridades de salud pública; pese a que los diversos estudios hablan de un descenso en el consumo global de la población, el patrón de consumo centrado en el *bingedrinking* de los jóvenes cada vez está más extendido.

Cuando hablamos de dependencia del alcohol nos referimos a un patrón de consumo desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar de la persona y cuyas consecuencias serían una serie de trastornos clínicamente significativos y que están presentes por un período igual o superior a los 12 meses. Entre estos síntomas encontraríamos:

- Tolerancia: adaptación del organismo a la sustancia.
- Consumo de alcohol durante más tiempo o en mayores cantidades de los previstos.
- Deseo imperante de consumo de alcohol con esfuerzos infructuosos para reducirlo o controlarlo.
- Dedicación de una gran cantidad de tiempo a actividades relacionadas con el consumo, obtención o recuperación del alcohol y sus efectos.
- Abandono de actividades de la vida diaria por consumir alcohol.
- Continuación del consumo pese a tener conciencia de daños físicos o psicológicos.

Pese a que en el caso de los adolescentes y jóvenes la dependencia al alcohol aún no se haya desarrollado, es precisamente a este grupo poblacional al que suelen dirigirse la mayor cantidad de las intervenciones preventivas en esta área, ya que es sabido que experiencias tempranas con el uso/abuso de alcohol se vinculan a una dependencia posterior. De tal forma que según la OMS, y teniendo en cuenta la magnitud del problema del alcoholismo en la juventud, se señala que: *una de cada cuatro muertes de jóvenes europeos está relacionada con el alcohol*. Por esta razón, la juventud, en los últimos años, es un blanco excelente para la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas.

La mayor parte de las actuaciones preventivas se han centrado en incrementar la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, puesto que lo que se ha venido observando a lo largo de los años y diversos estudios es que el riesgo percibido de esta sustancia es muy bajo, y es sabido que cuanto menor sea el riesgo percibido, mayor es el consumo de la sustancia. Pero son varias las estrategias que se han mostrado eficaces en la prevención del abuso de alcohol.

Así, podemos hablar de diversas medidas, como son:

- Incrementar la dificultad del acceso al consumo.
- Controlar de los mensajes publicitarios.

- Disminuir la asociación entre alcohol y conducción.
- Proporcionar actividades alternativas al ocio nocturno asociado a consumo de alcohol.
- Adoptar medidas clásicas de prevención escolar.

2. DEFINIENDO EL ALCOHOL

El alcohol es una droga legal, institucionalizada y socialmente aceptada. De ahí las dificultades añadidas a la hora de hacer prevención de su uso/abuso, pese a que, junto con el tabaco, es la droga más usada y que mayores consecuencias de salud y socioeconómicas genera en nuestra sociedad actual.

Al hablar de alcohol, nos referimos al «alcohol etílico» o etanol, el cual es un líquido claro, volátil e inflamable, con una gran liposolubilidad, carente de valor nutritivo, pero con alto valor calórico.

Este alcohol se obtiene mediante la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono (fermentación alcohólica). Diferentes levaduras actúan sobre granos o frutos (cebada, arroz, manzana, uva, etc.) transformando su azúcar en etanol.

El mecanismo por el cual el alcohol ejerce sus efectos a nivel cerebral es la activación de los centros de placer y recompensa, con la consiguiente liberación de dopamina. De una forma indirecta, el alcohol estimula la vía dopaminérgica mediante una acción sobre los sistemas GABA-érgico, opioide endógeno y serotoninérgico, induciendo una sensación de placer que memoriza el cerebro, de forma que así se reforzará posteriormente la conducta de consumo.

2.1. Tipos de bebidas alcohólicas, grados de alcohol y consumo de riesgo

Existen dos grandes grupos de bebidas alcohólicas, las cuales se obtienen por procesos diferentes. Por un lado, tenemos las bebidas «fermentadas» y, por otro, las bebidas «destiladas».

- *Fermentadas*: se generan mediante un proceso natural, por el cual las levaduras descomponen los azúcares de ciertos granos y frutas, transformándolos en etanol; dentro de este grupo nos encontramos bebidas cuya graduación difícilmente supera los 10 o 15 grados y entre las cuales se encuentran el vino, la cerveza o la sidra.
- *Destiladas*: son bebidas que se obtienen por un proceso artificial por el cual, mediante calor, se elimina una parte del agua de las bebidas fermentadas, separando así el alcohol. Al evaporarse el alcohol a una temperatura aproximada de 78 grados, y el agua, a unos 100, estas bebidas tienen más alcohol que las fermentadas (entre 30 y 50 grados, aunque en algunos casos se superan). Entre este tipo de bebidas tenemos el brandy, la ginebra, el ron, el vodka o el whisky.

En cuanto a los grados de alcohol de las bebidas, debemos precisar que se trata del contenido de alcohol absoluto en 100 cc, es decir, el porcentaje de alcohol contenido en una bebida; así, si hablamos de una cerveza de 5° de alcohol, lo que decimos es que por cada 100 cc de esa bebida, 5 cc son alcohol puro. Suele expresarse en grados (°) o bien en porcentaje de volumen.

Pero más interesante que saber el porcentaje o volumen de alcohol de una bebida es conocer los gramos de alcohol, pues de esta forma sabemos qué cantidad o gramos de alcohol puro ha consumido un sujeto.

Existe una fórmula que permite hacer el cálculo de gramos de alcohol contenidos en una bebida, y viene expresada de la siguiente manera:

$$\text{Gramos alcohol} = \frac{\text{Volumen (expresado en cc)} \times \text{Graduación} \times 0,8}{100}$$

En un ejemplo práctico podemos ver que si una persona consume una cerveza (250 cc) con una graduación de 5 grados, los gramos de alcohol ingeridos serían:

$$\text{Gramos alcohol} = \frac{250 \times 5 \times 0,8}{100} = 10 \text{ g de alcohol puro}$$

Gracias a estas fórmulas podemos llegar a establecer límites sobre el consumo de alcohol de riesgo o perjudicial. Así, se suele hablar de UBE o Unidades de Bebida Estándar, las cuales en España equivalen a 10 g de etanol puro (Saunders et al., 1993; Grupo de Trabajo de Socidrogalcohol, 1996).

Existen tablas en las que se establecen equivalencias entre las cantidades y los tipos de bebidas consumidas con las UBE; baste como ejemplo:

Tipo de bebida	Volumen	UBE
Vino	100 cc (un vaso) Un litro	1 10
Cerveza	Una caña (200 cc) Un litro	5 10
Copas	Carajillo (25 cc) Combinado (50 cc)	1 2

Asimismo, se puede decir que existe un límite de consumo, o un baremo de consumo de riesgo, establecido en base a las UBE diarias y/o semanales.

En el caso de mujeres embarazadas, menores y personas que desempeñen determinadas actividades peligrosas o con determinadas afecciones o patologías, cualquier consumo sería considerado consumo de riesgo.

3. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

A la hora de realizar una actuación preventiva (sea cual sea ésta), debemos tener muy claro que nuestro punto de partida va a pasar por una definición concreta de la realidad sobre la cual queremos intervenir.

Si estamos ante el planteamiento de prevenir el abuso de alcohol, debemos tener claro cuál es el patrón de consumo real y actual.

Sabemos que en nuestro país se ha abandonado el patrón de consumo llamado mediterráneo para acercarse al modelo nórdico (se abandona el

Nivel de riesgo	Criterios	
	Hombre	Mujer
Bajo	≤17 UBE/semana	≤11 UBE/semana
Consumo de riesgo	≥18 UBE/semana	≥17 UBE/semana
Consumo nocivo	Presencia de trastornos relacionados con el alcohol: — Abuso o consumo perjudicial. — Dependencia del alcohol. Trastornos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el cerebro: — Intoxicación por el alcohol. — Abstinencia alcohólica. — Delirio por abstinencia. — Trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia. — Trastornos psicóticos, con delirios o alucinaciones. — Trastornos del estado de ánimo. — Trastornos de ansiedad. — Disfunciones sexuales. — Trastornos del sueño.	

consumo moderado y se pasa a un consumo compulsivo uno o dos días a la semana, en grandes cantidades y en poco tiempo). Estamos hablando del *binge drinking*, que es definido como la consumición de cinco o más unidades de bebida (UBS) en una única ocasión (2 horas) al menos una vez en los últimos 30 días —en el caso de las mujeres hablamos de cuatro unidades de bebida estándar—. Esta forma de consumo está internacionalmente aceptada como de riesgo muy alto.

Los consumidores diarios de alcohol han ido disminuyendo en los últimos años, y esta tendencia se viene repitiendo; por el contrario, el consumo de fin de semana se ha incrementado, y suele darse más en jóvenes que lo hacen de forma compulsiva.

Este patrón de consumo juvenil, de fin de semana, en forma de atracón y muchas veces asociado a policonsumos (cannabis, tabaco), requiere medidas y estrategias preventivas diferenciadas de las del consumo diario que caracteriza al adulto. Si en el consumo adulto vemos más presencia de patologías orgánicas derivadas, en el caso del consumo juvenil lo que se nos presenta son alteraciones conductuales, embriagueces con cuadros clínicos de urgencia, incremento de las «peleas» y accidentes de tráfico.

A modo esquemático, podemos ver las diferencias entre el modelo tradicional o mediterráneo de consumo de alcohol y el modelo anglosajón imperante hoy día.

4. EL PROCESO DE LA DEPENDENCIA

4.1. Tolerancia y dependencia

Se calcula que en torno al 10 por 100 de los consumidores de alcohol acabarán por desarrollar una adicción al mismo, siendo posible que un 4 por 100 de éstos lo hagan a los cinco años de iniciado el consumo. Esta adicción, al igual que en el caso de cualquier otra droga, aparece tras un consumo reiterado, y es el resultado de la confluencia entre las propiedades farmacocinéticas de la sustancia, las características del sujeto y la propia sociedad de la que forma parte.

El consumo reiterado de alcohol acaba por generar tolerancia y dependencia farmacológicas, es decir, el consumidor necesitará beber cada vez más cantidad para experimentar los efectos iniciales, y al cabo de un tiempo desarrollará la necesidad física y psicológica de consumir.

Una vez que se ha establecido un patrón de consumo regular y frecuente, el cerebro acaba por adaptarse, produciéndose cambios en él. Aquí ya hablamos de *tolerancia*, que es el inicio o primer paso de la adicción o dependencia del alcohol.

La *dependencia* que sufren los bebedores se refiere a la necesidad física y psicológica de consumir. Cuando hablamos de la neuroadaptación por el consumo crónico, nos referimos a la dependencia física, la cual implica que, ante la retirada brusca del consumo, se producirán una serie

Modelo mediterráneo	Modelo anglosajón
— El consumo se inicia en el ambiente familiar, y la edad de inicio es temprana. — El inicio del consumo es con bebidas de baja graduación y, a medida que va avanzando la edad, la graduación de las bebidas es mayor. — Determinados cambios o momentos «especiales» favorecen que se abuse (emigración, traslados, cambios de trabajo, ascensos, fiestas). — Borracheras ocasionales bien toleradas y aceptadas. — Los cambios favorecen la aparición de abusos (emigración, ascensos).	— Inicio de consumo a edad adulta. — Consumo ocasional o esporádico. — Bebidas con alta graduación alcohólica desde el inicio. — Consumo en privado o en pequeños grupos. — Borracheras ocasionales de mayor gravedad.

de reacciones, signos y síntomas clínicos desagradables, o síndrome de abstinencia.

Por otro lado, hablamos de una dependencia psicológica cuando nos referimos a la necesidad emocional y duradera en el tiempo de consumir la sustancia.

4.2. Síndrome de abstinencia

Caracterizado por la presencia de náuseas matinales, ansiedad y temblores, sobre todo de manos, estos síntomas se presentan cuando el sujeto abandona de forma repentina el consumo de alcohol y desaparecen con la ingesta del mismo.

El cuadro más grave que se puede presentar tras un síndrome de abstinencia de alcohol es el delirium trémens, que es un estado agudo que se caracteriza por una grave disminución de la conciencia, presencia de alucinaciones, temblores, agitación, hiperactividad y síntomas vegetativos (hipertensión, hipertermia entre otros) que deben ser adecuadamente tratados mediante ingreso médico, pues pueden conducir al fallecimiento de quien lo sufre.

5. POR QUÉ SE CONSUME ALCOHOL

Ante esta pregunta, no tenemos una fácil ni única respuesta, sino que las causas que llevan al consumo son muy variadas.

En primer lugar, tenemos que hacer referencia a la disponibilidad, tolerancia y aceptación del alcohol en nuestra sociedad. El alcohol es una sustancia fuertemente arraigada en nuestra cultura, constituye un elemento favorecedor de relaciones sociales y está fuertemente asociado al ocio.

Pese a que cada vez son más las medidas tomadas para el control de la publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas, la realidad es que su disponibilidad y facilidad de acceso continúan siendo muy altas.

Además de estos factores puramente sociales, existe una serie de teorías biológicas que postu-

lan la presencia de determinados genes y también de otras perturbaciones en la química del organismo que hacen que algunos sujetos sean más proclives al uso/abuso y dependencia del alcohol. Se piensa que existe una cierta vulnerabilidad genética para el alcoholismo, pero deben darse una serie de factores o condiciones sociales y personales específicas.

Por otro lado, tenemos teorías psicológicas que hablan de causas relacionadas con aspectos de la personalidad del sujeto, teorías del aprendizaje, que señalan que la conducta de consumo de alcohol se rige por las mismas leyes que el aprendizaje por condicionamiento operante, o la teoría del aprendizaje social de Bandura, que Nathan en 1970 aplicó directamente al alcoholismo indicando que el consumo de bebidas alcohólicas es adquirido y mantenido por el modelado o aprendizaje mediante la imitación de la conducta de otras personas, el refuerzo social que recibe esta conducta y las expectativas que la persona anticipa del consumo.

Caso especial es el de las motivaciones del consumo por parte de los jóvenes, de los cuales podemos extraer, entre otros, el siguiente listado de causas:

- Curiosidad.
- Presión social o del grupo de iguales.
- Búsqueda de efectos fisiológicos (colocarse).
- Perder la vergüenza, desinhibirse.
- Ligar.
- Todos lo hacen.
- Olvidar preocupaciones.
- Otras.

6. LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Una de las mejores estrategias para poder abordar y evitar los problemas derivados del uso/abuso de alcohol es la prevención, necesaria y base de cualquier política de salud que se considere completa y eficaz.

Como en cualquier otro programa preventivo, la prevención del abuso de alcohol pasará necesariamente por los objetivos de retrasar la edad de inicio del consumo, disminuir la prevalencia y reducir los daños asociados a él.

Para conseguir estos tres grandes objetivos es necesario intervenir sobre los factores que se relacionan más directamente con el consumo de alcohol, que son los de riesgo y protección.

6.1. La importancia del punto de partida

Es importante, antes de diseñar e implementar un programa preventivo, tener muy claro cuál es el objetivo que pretendemos conseguir, centrándonos asimismo en la población a la que nos dirigimos, el lenguaje a emplear, el sistema de transmisión de la información, etc.

No todo vale en cualquier momento, lugar y con cualquier persona. Es necesario tener claro a quién nos dirigimos y adaptarnos a las condiciones o crear las condiciones suficientes y necesarias para implantar los programas, conscientes de que éstos no pueden ser únicamente actuaciones puntuales, sino que deben proyectarse en el tiempo.

Varias son las políticas que se pueden aplicar, y van desde políticas sociales que regulen la publicidad y el acceso al alcohol hasta actuaciones selectivas con grupos diana en abordaje de consecuencias y/o reducción de riesgos.

En cualquier caso, todo programa preventivo debe cumplir como requisitos indispensables el ajustarse a las necesidades reales de la población a la que va dirigido, basarse en un enfoque teórico debidamente contrastado y seguir un cierto rigor metodológico tanto en su diseño como en su implementación y evaluación (punto flaco de casi todas las intervenciones preventivas en nuestro país).

6.2. Los objetivos

Como ya se ha indicado anteriormente, es necesario tener claro el objetivo que queremos

conseguir con la intervención preventiva. A grandes rasgos, podemos señalar tres bloques de objetivos:

- a) Diminución de la prevalencia del consumo de alcohol. Objetivo difícil en nuestra sociedad, con una cultura del alcohol tan arraigada en la que la consecución del mismo plantea una serie de conflictos de intereses. Vivimos en un medio en el cual la percepción de los riesgos asociados al alcohol es muy baja o prácticamente inexistente, por lo que hay muy pocas normas sociales que controlen la conducta de beber. Es pues éste un objetivo que debe estar presente en última instancia y en cualquier intervención preventiva, ya que numerosos estudios ponen en relieve que sólo enfoques poblacionales con medidas que tiendan a reducir el consumo en la población general logran reducir el daño global.
- b) Retraso en la edad de inicio de consumo: es sabido que cuanto antes se inicie un sujeto en el consumo de una sustancia, más evolucionará éste hacia el abuso, dependencia y/o adicción, y además, en el caso del alcohol, irá asociado al consumo de otras drogas (ilegales, al ser puerta de entrada). Por otro lado, sabemos que los efectos del consumo en los menores de edad son realmente preocupantes y deteriorantes.
- c) Reducción del riesgo y de las conductas asociadas a él: se trata de intervenir desde diversos entornos a fin de reducir conductas de riesgo asociadas al consumo; estas intervenciones suelen centrarse en determinados colectivos como embarazadas, conductores o trabajadores.

6.3. La teoría de partida

Ya se ha hablado de la importancia de partir de un enfoque teórico fuertemente contrastado a

la hora de diseñar o de aplicar un programa de prevención. En este sentido, son varias las teorías o enfoques teóricos en prevención, de modo que simplemente las enumeraremos y haremos una breve reseña de ellas; si el lector desea profundizar más, puede consultar abundante literatura sobre el tema:

— **Modelos referidos a las variables que explicarían el consumo de drogas:** este tipo de modelos nos indicarían sobre qué variables intervenir:

- **Teorías generales del comportamiento:**

- **Teoría del aprendizaje social, de A. Bandura.** Esta teoría general del comportamiento viene a señalar que las conductas del individuo, y entre ellas las conductas de consumo de drogas, son fruto de la interacción y aprendizaje del individuo con el medio. Existe un determinismo recíproco entre ambiente, persona y conducta. El aprendizaje conductual suele iniciarse principalmente en la observación de modelos, que con su comportamiento obtienen determinados resultados. Así, las conductas con efectos deseables serán imitadas y aprendidas, y las que tengan efectos desagradables serán rechazadas.
- **Teorías de la acción razonada y de la conducta planificada, de Azjen y Fishbein.** Esta teoría aparece de forma explícita e implícita en numerosos programas preventivos. Se centra en analizar los determinantes más directos e inmediatos del consumo de drogas, y que son de tipo cognitivo: creencias, actitudes, valores e intenciones. El determinante más inmediato de la conducta de consumo es la «intención de consumo», que dependerá de las actitudes hacia él que surgen como resultado de las expectativas de las conse-

cuencias y el valor que éstas tengan, de las «normas subjetivas» en relación con el consumo, que se derivan de las creencias de aprobación o no del consumo por personas significativas, y de la motivación del sujeto para adaptarse a las expectativas de los otros.

- **Teorías de la conducta desviada:**

- **Teoría de la conducta problema, de Jessor y Jessor.** Se trata de un modelo compatible con la teoría del aprendizaje social, ya que trata de explicar que determinadas conductas problema responden a determinantes similares, motivo por el que suelen ir unidas. Según Jessor y Jessor (Jessor y Jessor, 1977; Jessor, 1992; Luengo et al., 1999; Becoña, 1999), el consumo de drogas pertenece a las «conductas problema», y éstas constituyen un síndrome de desviación, es decir, se trata de actividades socialmente problemáticas y que generan respuestas de control social. La interacción entre factores personales y socioambientales determinará si las conductas son desviadas o no. En este esquema operarán factores sociodemográficos (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y de socialización (medios de comunicación, ideología parental, etc.). Estos factores están constituidos por variables que pueden favorecer las conductas problema o las conductas de conformidad social, y serían las creencias personales, la estructura motivacional y las actitudes específicas hacia la desviación.
- **Modelo integrador, de Elliot.** La conducta de consumo entraría dentro de conducta desviada, y el eje de la teoría se asienta en la debilidad de los vínculos del individuo con la sociedad en la que se encuentra, además del contacto

con grupos que induzcan y refuercen la aparición y mantenimiento de la conducta desviada.

- **Modelo del desarrollo social, de Catalano y Hawkins (1996).** Según este modelo, son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial, y el hecho de que se produzca un tipo u otro de conducta dependerá de la fuerza de los vínculos que se establezcan con entornos favorecedores de conductas prosociales o antisociales.
- **Teoría interaccional, de Thornberry.** Señala que la juventud que consume drogas o es proclive a usarlas suele asociarse a grupos de iguales en la misma situación; así, se produce un proceso de interacción e integración en el que el uso de drogas sería un elemento de identidad grupal. Según este mismo autor, existe una relación recíproca entre el uso de drogas y las creencias al respecto, así como entre el uso de drogas del grupo de iguales y el individual.
- **Teoría del desarrollo precoz, de Newcomb.**

— **Teorías específicas del consumo de drogas y conductas no saludables.**

- **Modelo médico.** Parte de una diferencia cualitativa entre la dependencia de la sustancia y la no dependencia. La primera es una «enfermedad», y la segunda no. Este modelo genera problemas tanto a nivel preventivo como de tratamiento, ya que el concepto de enfermedad sólo sería aplicable a los individuos que lleguen a cumplir los criterios diagnósticos, se ignoran los problemas asociados al abuso de alcohol y las diferentes manifestaciones de dependencia, se culpa y responsabiliza del problema a los individuos, entre otras.

- **Modelo de creencias de salud de Rosentock et al.** Concede gran importancia a los aspectos cognitivos a la hora de tener y mantener comportamientos saludables. El individuo a lo largo de su aprendizaje va adquiriendo expectativas acerca de la gravedad del riesgo, de los costes y beneficios de mantener conductas saludables y de su propia vulnerabilidad hacia el riesgo; así, la prevención del consumo de alcohol deberá incluir el incremento de la percepción del riesgo y vulnerabilidad personal mediante informaciones y sensibilización.

— **Teorías descriptivas o modelos que responden a las etapas de inicio y mantenimiento del consumo.**

- **Modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska et al. y modelo de etapas motivacionales multicomponente de Werch y DiClemente.** Se trata de uno de los modelos más citados en el campo de las adicciones. Plantea que el individuo atraviesa por una serie de fases desde la situación de no consumo hasta la situación de consumo regular, por lo que, del mismo modo, llegará a la situación de abandono del hábito.

1. Precontemplación: el individuo no considera el uso de drogas.
2. Contemplación: el individuo considera la posibilidad de iniciar el consumo.
3. Preparación: el individuo tiene planes concretos para iniciar el consumo en un futuro inmediato.
4. Acción: el individuo ha iniciado el consumo.
5. Mantenimiento: el individuo consume de modo habitual o regular.

Siguiendo este modelo, la estrategia preventiva puede dirigirse a la abstinencia.

cia absoluta, al consumo moderado o a la reducción de daños.

- **Modelo secuencial, de Kandel.** En 1980, y tras la observación de una amplia muestra de consumidores norteamericanos, este autor propone que el consumidor de drogas ilegales atraviesa por cuatro etapas que se inician con el consumo de bebidas fermentadas o de baja graduación, para continuar con el consumo de bebidas de mayor graduación, pasar al consumo de cannabis y finalmente llegar a otras drogas ilegales. Cada etapa de consumo supondría un factor de riesgo para la siguiente; además, cuanto más temprano ocurra la primera fase, mayor será la probabilidad de que el sujeto pase a las etapas 3 y 4.
- **Modelo de reducción de daños.** Se trata de prevenir aquellos riesgos que se asocian al consumo, tales como graves intoxicaciones, accidentes, absentismo laboral, dependencia, agresiones, agresiones sexuales, etc. En el caso que nos ocupa, según este modelo, aunque se considere un objetivo deseable, se asume que la abstinencia total del alcohol es algo imposible, por lo cual se centra en «enseñar a beber» a sujetos que no son dependientes pero sí bebedores.

— **Modelos centrados en qué tipo de estrategia de intervención utilizar y modelos centrados en quién debe intervenir.**

- **Modelo de la influencia de iguales.** Se trata de un modelo que se centra en qué agente de intervención sería más eficaz. Si seguimos este modelo, recurriríamos a la minoría de un grupo para orientar, informar e intentar influir sobre una mayoría. En estos casos, más que nunca, las intervenciones han de ser ajustadas al grupo al que se dirigen, de modo que los agentes deberán ser percibidos como

iguales o cercanos en creencias, valores, actitudes, etc. Se trata de una educación entre pares.

- **Modelo de potenciación, de Costa y López.** Centrado en qué estrategia preventiva emplear, este modelo plantea que el consumo de sustancias es el resultado de las demandas del entorno y los repertorios de habilidades y destrezas personales; así, se pretende optimizar los recursos existentes y aprender nuevas destrezas.

6.4. Tipos de programas preventivos

Tras haberse propuesto distintos tipos de clasificaciones o tipologías para los programas de prevención, y habiendo abandonado ya el modelo sanitario que distinguía entre prevención primaria, secundaria y terciaria, hoy día hablamos de:

- a) **Prevención universal:** se dirige a un grupo poblacional amplio o a toda la población en general. Se trata de programas en los que no se ha identificado ningún factor de riesgo en particular, con un coste más bajo que el de otros programas y con una perspectiva más amplia.
- b) **Prevención selectiva:** tras análisis de diversos tipos (sobre todo con datos epidemiológicos), se detectan determinados grupos diana de intervención que se encuentran sometidos a distintos factores de riesgo que pueden generarles problemas con el alcohol. Cuanto más tempranamente se realicen este tipo de intervenciones mayor será su efectividad.
- c) **Prevención indicada:** los beneficiarios de estas estrategias preventivas son aquellas personas que ya presentan conductas de consumo; son individuos de un alto riesgo. Este tipo de programas persiguen del consumo pero sobre todo de los daños asociados a él.

6.5. Ámbitos de prevención

Podemos distinguir varios ámbitos sobre los cuales realizar abordajes preventivos:

- a) Escolar o educativo: la escuela es uno de los principales espacios de socialización de los niños y adolescentes, en la que pasan la mayor parte de su tiempo y en la que se establecen relaciones personales, sociales y afectivas. La escuela no actuará únicamente como un transmisor de información y contenidos formales, sino que, de forma informal, también transmitirá valores, cultura, creencias, actitudes, conductas, etc.; por ello se configura como un marco idóneo para la intervención preventiva. Dentro de ella pueden desarrollarse programas de diverso tipo:

- De habilidades para la vida.
- Que permitan modificar creencias y actitudes.
- Para modificar la percepción de normalidad hacia el consumo.
- Para fomentar la relación familia escuela.
- Para detectar la existencia de menores en situación de riesgo.
- Con vistas a desarrollar alternativas sanas a la bebida.

- b) Familiar: la familia constituye el primer agente de socialización de las personas, y en su seno se establecen los primeros y más fuertes vínculos de apego; por ello es preciso implicar a padres y/o tutores familiares en las tareas preventivas, así como a otros miembros de la familia cuando hablemos de programas orientados a individuos ya consumidores. Con estos programas perseguimos:

- Implicar a la familia en otros programas preventivos como los escolares.
- Favorecer los vínculos y la comunicación familiar.

- Dotar a padres y madres de estrategias y conocimientos para actuar como agentes de salud dentro de su propio núcleo familiar.
- Fomentar el desarrollo de habilidades parentales.
- Fomentar el desarrollo de habilidades personales de los hijos.
- Intervención precoz en casos de familias con hijos u otros miembros consumidores.

- c) Comunitario: en estos casos la eficacia dependerá de nuestra capacidad de poder intervenir abarcando múltiples componentes, de forma que logremos combinar intervenciones escolares y familiares con medios de comunicación, agentes sociales, formadores, monitores de actividades de ocio y deportivas, etc. Aquí destacan varios tipos de actividades con diversos fines:

- Modificar la percepción de normalidad y las actitudes proconsumo.
- Modificar valores y creencias, así como actitudes, ante el alcohol.
- Informar y sensibilizar acerca de los daños asociados mediante campañas informativas, entre otras.
- Concienciar a la comunidad.
- Disminuir la accesibilidad del alcohol.
- Otras.

- d) Laboral: las intervenciones en el ámbito laboral/de empresa son aún poco frecuentes en nuestro país, pese a que es sabido que los trabajadores son un grupo de riesgo de consumo de drogas tanto legales como ilegales y que los daños asociados a éste son grandes tanto a nivel personal como empresarial (accidentes laborales, absentismo, etc.).

- e) Medios de comunicación: constituyen uno de los grandes transmisores de valores, creencias y patrones de conducta en la so-

ciudad actual. Es importante, pues, controlar el impacto de los mensajes de estos medios sobre todo en los más jóvenes, teniendo en cuenta que hoy día no nos referimos únicamente a los medios clásicos, como pueden ser radio y televisión, sino también a Internet y las redes sociales (aspecto abordado en otro capítulo del presente libro).

- f) **Legislativo:** la necesidad de regular la publicidad, venta y consumo por parte del legislador es un aspecto fundamental en el campo de la prevención. Sabemos que a mayor dificultad de acceso, menor consumo.

6.6. Fases de un programa de prevención eficaz y efectivo

Las intervenciones en materia de prevención del consumo de alcohol (y de esto es extensible a la hora de hablar de prevención de cualquier otra sustancia) pasan necesariamente por el cumplimiento de una estructura secuencial o de fases que irán desde la evaluación de las necesidades hasta la evaluación del programa, pasando por la aplicación de éste.

- **Evaluación de necesidades:** se trata de contextualizar el problema para así poder intervenir, para lo cual podemos recurrir a estudios poblacionales, técnicas de informantes clave, revisión bibliográfica, etc. En este sentido debemos conocer:
 - Las características propias de la población a la cual nos dirigimos.
 - El entorno en que se aplicará nuestro programa (estructura, recursos, etc.).
 - A aquellas personas e instituciones clave que podrán servirnos de aliados o, de lo contrario, entorpecer nuestra tarea.
- **Planteamiento de metas y objetivos:** estableceremos un conjunto de metas dirigidas a resolver el problema y que afecten tanto a

la población diana como a otras intermedias. Asimismo, tenemos que definir operativamente los objetivos tanto generales como específicos, de proceso y operacionales que pretendemos alcanzar. Es importante también prever cómo se medirá el logro de cada uno de los objetivos planteados.

- **Planificación y establecimiento de actividades:** deben estar perfectamente descritas y detalladas, además de ordenadas cronológicamente y teniendo en cuenta el tiempo estimado para su realización.
- **Establecer un sistema de información y análisis de recursos:** hace referencia tanto a la recogida de información como a su posterior examen. Para ello hay que tener en cuenta qué información necesitamos recoger, cómo pensamos hacerlo, con qué medios contamos, cómo la analizaríamos, etc.
- **Implementación propiamente dicha:** en esta fase tiene lugar la aplicación del programa de prevención, y en ella, además de realizar las actividades previamente diseñadas, debemos ir recogiendo la información pertinente que nos permita ir efectuando un análisis de la evolución de nuestro programa, así como ir identificando sus puntos fuertes y débiles y sus carencias. Es muy importante en este punto que analicemos si aquellos que están aplicando el programa preventivo consiguen llegar bien a la población, y si ésta ve satisfecha sus necesidades en la materia con nuestras intervenciones.
- **Evaluación:** pese a ser una fase fundamental de los programas de prevención en general, suele ser una de las más olvidadas, de modo que aún hoy día nos encontramos pocos programas correctamente evaluados. Una evaluación bien hecha facilita la toma de decisiones, tanto sobre nuestra propia actuación como sobre el programa en general. La evaluación de los programas, aunque aquí la situamos al final, debe realizarse en tres momentos:

- Inicial: a fin de conocer las características y necesidades (ya mencionada).
- Durante la intervención: para irnos asegurando del cumplimiento de objetivos y de la utilidad, comprensión y calidad de los materiales y actividades.
- Al final de la intervención, para conocer los resultados finales y el posible cambio o no.

6.7. Componentes y características de un programa efectivo de prevención del abuso de alcohol

— **La población Diana:** importancia máxima a la hora de intervenir. Debemos tener muy presente a quién nos dirigimos para poder actuar adecuadamente. Así, es necesario considerar una serie de variables como:

- Edad: dependiendo de a qué edad nos dirijamos, nos plantearemos diversos objetivos, que van desde el no consumo hasta el consumo responsable del alcohol, la reducción de daños o beber de forma controlada, entre otros.
- Género: cada vez se hace más evidente que hay que tener en cuenta la perspectiva de género a la hora de realizar los programas de prevención. En el caso del alcohol, y dependiendo de la edad, el patrón de consumo es muy diferente en hombres y mujeres, pasando de un consumo social y abierto para hombres mayores y un consumo oculto en las mujeres a un patrón casi igualado de uso recreativo en las poblaciones más jóvenes. En este caso, es importante conjugar género y edad.
- Cultura: como señala Becoña (1999), es necesario que los programas sean sensibles culturalmente.
- Nivel de riesgo y pautas de consumo: es decir, si hay riesgo de que se inicie el consumo, de que éste sea abusivo, o, si ya está instaurado, en qué medida y con qué patrón se consume.

- Conocimientos previos: muchas veces se parte de la idea de que la población objeto de intervención ya posee información, o por lo menos una parte de ella, cuando la realidad es muy diferente. Por otro lado, en otras ocasiones se suministra una información muy pobre y poco interesante para la población objeto de la intervención. Debemos analizar qué tipo de información nos demandan, lo que hará que el programa preventivo sea más motivante y tenga un mayor alcance.
- Percepción de riesgo y argumentos empleados para justificar su ausencia.

— **El emisor de los mensajes:** la mayor parte de los programas preventivos son aplicados por personas, de manera que éstas, emisoras de información y transmisoras de mensajes preventivos, deben reunir una serie de características y cumplir ciertos requisitos:

- Deben estar motivadas para la tarea preventiva, además de creer firmemente en lo que hacen.
- Cercanas al grupo objeto de intervención.
- Creíbles y competentes.
- Practicarán la escucha activa y no harán juicios sobre las intervenciones y actitudes de los receptores.
- Deben ser capaces de adaptarse a las características, tanto de la población como del contexto, y sobre todo a nuevas necesidades que puedan ir surgiendo.
- Deben estar seguras de sí mismas y de su capacidad para comunicar y establecer una relación de confianza.
- Deben tener una gran capacidad de observación para detectar situaciones o sujetos-problema.

— **El mensaje propiamente dicho:** debemos tener claro que vamos a realizar una intervención preventiva sobre una sustancia fuertemente arraigada en nuestra cultura, socialmente valorada y aceptada y muy

unida al ocio y las relaciones interpersonales, así que el mensaje debe ser capaz de llegar a los receptores de forma clara y sin producir un rechazo a priori.

- Debe relacionarse el alcohol con otra sustancia fuertemente asociada a él como es el tabaco.
- Dependiendo de la edad, no abordaremos el contenido de nuestra intervención centrándonos en la propia sustancia, sino en hábitos saludables (infantil, primeros cursos de primaria); en cambio, en cursos superiores de la ESO, bachillerato o ciclos formativos, es útil que aborremos también el consumo de tabaco y cannabis.
- Debemos abordar contenidos como los mitos y creencias en torno al consumo de alcohol, sobre todo en lo que respecta a las relaciones sociales y afectivas en los más jóvenes, la distinción entre uso y abuso, los efectos a corto-medio-largo plazo del abuso, etc.
- No centrarnos exclusivamente en los factores negativos criminalizando el consumo.
- Informar sobre disminución de riesgos.
- Fomentar habilidades para intervenir en caso de problemas.
- No abordar únicamente aspectos relacionados con la salud a largo plazo, sobre todo si nos dirigimos a población muy joven.
- Utilizar informaciones compatibles con las experiencias de la población a la que nos dirigimos.

— **El canal de transmisión:** es importante que consideremos los objetivos que pretendemos cubrir antes de seleccionar el canal de transmisión, al igual que la población hacia la cual nos vamos a dirigir, teniendo en cuenta que:

- En la medida de lo posible, es ideal utilizar canales que permitan la reciprocidad,

la participación, y que tengan un carácter interactivo: en este sentido las nuevas tecnologías, como las redes sociales, nos proporcionan un campo de gran interés.

- El material debe estar adaptado a las características del grupo diana.
- La estructura de los materiales debe ser coherente con la de otros programas preventivos que se estén desarrollando.
- Se puede recurrir al empleo de *flyers*, CD-ROM, libros, folletos, anuncios publicitarios, camisetas, etc., dependiendo de las necesidades y de la población a la que nos dirigimos.

— **La evaluación del programa:** realizada al inicio, durante el proceso y al final, debe tener un carácter riguroso y servir como referencia a otras personas que posteriormente deseen aplicar el programa.

- Al inicio del proceso, o en la fase de planificación, evaluaremos qué abordar, cómo, con qué objetivos, para quién, etc.
- Durante el proceso de intervención se evaluará cómo mediremos el impacto, qué asuntos van surgiendo, qué necesidades vamos detectando.
- Al final de la intervención realizaremos una evaluación general, global, en la cual valoraremos la calidad del programa, los cambios producidos, la población alcanzada, etc.

Estos datos han de ser claros y fácilmente comunicables a otros profesionales, así como a la población.

7. EL CONSUMO DE ALCOHOL DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

7.1. Salud y género

Sabemos que el alcoholismo no es igual en el hombre y en la mujer. Sabemos que el proceso de

adicción, las consecuencias que se derivan del consumo y la reacción del entorno que se desenvuelven no son iguales. Por ello las mujeres deben ser tratadas de acuerdo con sus necesidades, que no son las mismas que las de los hombres.

Los estudios realizados sobre diferencias en salud por razón del género nos indican que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de distinta forma en la salud y también en los riesgos de enfermedad, que muchas veces son invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque hay otros factores que en parte son explicados por el género y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).

Como dice Carmen Meneses, a pesar de que el pensamiento del mundo es masculino y de que muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina, sólo es posible entender las diferencias que existen entre hombres y mujeres a través de los estudios de género, que tienen en cuenta, además de los factores biológicos ligados al sexo, los factores sociales que afectan de manera desigual a mujeres y a hombres (Meneses, 2006).

Por otro lado, tal y como expresa M.^a Eugenia González, el monopolio de los varones en la actividad científica ha supuesto la construcción de un saber médico dominado por el sesgo de género, que obedece no sólo a que se ha sustentado en el modelo biológico masculino, sino también al hecho de haber despreciado determinados síntomas expresados por las mujeres (González, 2009). También apunta Nuria Romo que la discriminación de las mujeres se ha manifestado en numerosos ensayos médicos y en resultados de investigaciones, y concretamente la mayor parte de las investigaciones sobre adicción a drogas han ignorado a las mujeres y sus comportamientos particulares, ocultando que las prevalencias y patrones de consumo y sus causas y consecuencias son distintos para cada sexo (Romo, 2006).

Así pues, nos parece imprescindible profundizar en el estudio del consumo de alcohol entre las mujeres para abordar adecuadamente medidas preventivas eficaces. Y es imprescindible, entre otras razones, porque debemos aumentar la visibilidad social de las situaciones que crea el abuso de consumo entre las mujeres y, con nuevos análisis, promover la prevención y el tratamiento. Pero es imprescindible también porque con estos estudios mejoramos el camino hacia la igualdad efectiva, evitando la ocultación de problemas que afectan también a las mujeres.

7.2. Mujeres y patrones de consumo de alcohol

Desde una perspectiva de género, diremos que la información epidemiológica muestra la incorporación de las mujeres a unos usos u otros de drogas a lo largo del tiempo; sin embargo, éste es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y las creencias que llevan a las mujeres a usar unas sustancias y no otras y a diferenciarse de los hombres en las formas de consumo.

Las mujeres jóvenes se están socializando en el consumo de alcohol dentro de unas normas que vienen impuestas por un modelo de conducta masculinizado, y digo esto porque son las mujeres quienes se han incorporado a un comportamiento que venía siendo aceptado sólo para los hombres (puesto que a las mujeres no se les permitía beber en público).

La incorporación de las mujeres al consumo de alcohol es relativamente rápida y reciente, aunque los prejuicios sobre ese comportamiento no se han modificado al mismo ritmo, por dos motivos. De una parte, por la vergüenza social que tiende a no desvelar este tipo de problemas en las mujeres y, de otra, la escasa disponibilidad de tratamientos específicos para mujeres con necesidades muy concretas. Por tanto, la tendencia a ocultar el abuso de alcohol si se trata de una mujer las perjudica doblemente, ya que les priva en muchas ocasiones de acceder a los tratamientos, y en este

caso la igualdad perjudicaría al grupo menos favorecido por no contemplar las diferencias.

Es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género influyan en la forma en que las mujeres acceden a sustancias psicoactivas y las consumen. El contexto social en el que las mujeres usan alcohol refleja diferencias de género en la forma de consumir y en las consecuencias que tiene para ellas, si las comparamos con los hombres.

7.3. Cambios sociales y culturales: en la base de la prevención

El alcohol es una droga institucionalizada y con gran arraigo histórico y cultural en nuestro país. Existen costumbres sociales que apoyan la conducta alcohólica a través de medios como la publicidad, las celebraciones y fiestas, la permisividad y la aceptación social del hecho de beber.

Debemos señalar el uso y abuso de alcohol como un fenómeno social, por su integración cultural y por su relación con determinadas situaciones problemáticas. También lo es, incluso diríamos que sobre todo, por las repercusiones que tiene sobre las personas, incluidas las no bebedoras, que son sujetos pasivos, porque las consecuencias que se derivan del alcoholismo (agresiones, accidentes, etc.) repercuten en terceras personas y, por tanto, en el conjunto del cuerpo social.

Esa aceptación social genérica tiene su correlación en la condescendencia que manifiestan las familias en lo referente al consumo de alcohol. De hecho, los escolares de entre 13 y 18 años afirman que la primera vez que probaron el alcohol fue en alguna reunión familiar. Igualmente afirman que ese alcohol les fue ofrecido por alguno de sus miembros (Romo, Gómez y Meneses, 2010).

A la aceptación social y a la iniciación familiar aún hay que añadir más elementos: el deseo de experimentar sensaciones nuevas de jóvenes y adolescentes, la diversión, etc., y una clara asociación entre el alcohol, el disfrute del tiempo libre y la legalidad de la sustancia. El resultado es

que hoy el alcohol es el psicoactivo más consumido en España por los jóvenes (Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009), incluso entre quienes no tienen edad para su consumo legal, y además combinado con otras drogas ilegales, de acceso facilísimo para ellos, que manifiestan que «con dinero todo se puede comprar» (Romo, Gómez y Meneses, 2010).

Se trataría de adoptar una posición desde la comunidad científica que proporcionase argumentos para realizar medidas preventivas y aplicar normativas. Tales propuestas no tienen por qué ser de carácter prohibitivo y represivo. Ante el problema del consumo de las jóvenes no se defienden medidas prohibicionistas, sino de educación para fomentar el derecho a la salud. Educación, información veraz, prevención eficaz y unas medidas saludables para que las jóvenes aprendan a vivir en una sociedad con riesgos. Y en este sentido nos preguntamos si los organismos responsables de la salud podrían estar vulnerando un derecho de las personas al omitir acciones que promuevan la protección y la responsabilidad frente a un daño a la salud.

En la actualidad se está desarrollando un proceso en el que las mujeres se enfrentan a un conflicto entre las normas sociales más liberales y abiertas y los roles tradicionales adjudicados a ellas que se les siguen exigiendo en el seno de la familia (Gómez, 2005). Por eso nos inclinamos por la defensa de medidas diferenciadoras o específicas.

Sería necesaria una actuación especial. Los estereotipos creados por la cultura popular calan en toda la sociedad. En el mundo contemporáneo existe la idea de que las mujeres beben debido a una personalidad premórbida más desestructurada que la de los hombres, junto a otra imagen que asocia a la alcohólica con una mujer que comenzaría a beber en edades avanzadas o inducida por una desestabilización psicoemocional. La realidad es muy distinta. Igual que los hombres, las mujeres jóvenes comienzan sus contactos con el alcohol a edades muy tempranas, atraídas por una costumbre social que se desarrolla tanto en el interior de la estructura familiar

como en las relaciones con el grupo de amigas y amigos.

Aunque pueda resultar interesante conocer el número de mujeres que tienen problemas con la bebida, la clase de alcohol que prefieren o cuándo lo consumen, puede asimismo resultar muy revelador conocer las relaciones que existen entre el consumo de alcohol por las mujeres y sus experiencias como mujeres en la sociedad. La preocupación por el problema del alcoholismo de la mujer necesita abordar temas sociales amplios y, además, establecer relaciones entre éstos y la explicación de por qué beben las mujeres. Hay que intentar relacionar y descubrir el pequeño gran mundo que rodea a las mujeres en sus inicios para poder reflexionar sobre las medidas más adecuadas para que sea respetado su derecho a la salud.

8. VISIBILIDAD LEGAL COMO PREVENCIÓN

Hasta el momento, el derecho ha percibido (y percibe) a las mujeres de tres formas. La primera, y más dilatada en el tiempo, es su invisibilidad, su falta de relevancia y de presencia fundamentalmente en el ámbito social y político. Expresión de ello es un reconocimiento de su identidad como sujeto de derechos lento y tardío y, en la mayoría de los casos, diluido como una parte indiferenciada de criterios pretendidamente neutros (Añón, 2008).

Los problemas diversos requieren la aplicación de una suma de diferentes remedios, y lo que puede ser apto y aceptable en un tiempo y lugar determinados puede ser absolutamente nefasto e inapropiado en otra situación.

En España las primeras medidas preventivas que se encuentran son de tipo represivo (Pascual, 2000). En concreto en el año 1755 el excesivo consumo de bebidas alcohólicas por la población constituía un grave problema para los gobernantes, pues arrojaba una elevada mortalidad y ocasionaba graves daños morales y físicos entre los bebedores habituales.

Si revisamos someramente la evolución de las leyes que han servido de marco referencial al problema del alcoholismo, durante el siglo XX, pode-

mos entrever la valoración social que predominaba en cada momento. De hecho las primeras actuaciones no contemplaban para nada al paciente alcohólico, y mucho menos a las mujeres alcohólicas. Se trataba de medidas encaminadas a disminuir la incidencia del alcoholismo, siempre teniendo en cuenta sus consecuencias morales sobre la sociedad (Ley de Vagos y Maleantes, Ley de Peligrosidad Social).

No fue hasta principios de los años ochenta y a partir del inicio y aumento del consumo de otras sustancias diferentes al alcohol cuando empezó a manifestarse una preocupación por el problema de las drogodependencias, entre las que se contemplaba el alcoholismo.

La respuesta inicial surgió, por una parte, del sistema sanitario y social, junto con la iniciativa social, que se constituyó inicialmente en asociaciones de autoayuda y de familiares de drogodependientes que fueron evolucionando hacia estructuras semiprofesionales. Por otra parte, hubo también respuesta de las entidades locales, que promovieron la creación de recursos de atención y prevención de las drogodependencias.

Desde la administración, es en el año 1985 cuando por vez primera se contempla el problema situándolo en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, que, en contraposición a las leyes anteriores, no se basa en una acción represiva sino en una acción preventiva y asistencial.

Con referencia a los aspectos que tienen relación con el consumo de alcohol y las mujeres, apuntamos la necesidad de aplicar todo aquello que actualmente se recoge en la normativa legal, y que señalamos a continuación:

Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia Nacional sobre Drogas, se debe prestar una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad. También se deberían contemplar igualmente las drogas legales e ilegales y el ámbito de las intervenciones, que han de incluir la reducción de la demanda y el control de la oferta.

Desde un enfoque de género sería recomendable asumir por parte de los organismos compe-

tentes la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguirlos. Esto garantizaría la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas.

Con respecto a los aspectos preventivos, habría que aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con ellas, retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas y disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.

Por otro lado, habría que garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

En lo que se refiere a las consecuencias que ocasionan los consumos, habría que reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso, incrementando la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.

9. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMO MEDIDA PREVENTIVA

Entendemos el estilo de vida como aquellos patrones de conducta que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza.

Los estilos de vida se encuentran influidos por la presencia de ciertos condicionantes sociales, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales sino también de acciones de naturaleza social.

Aunque es difícil encontrar conductas humanas que no tengan algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de comportamientos que se encuentra entre los factores de riesgo más importantes en la actualidad, tales como el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, tener relaciones sexuales sin la necesaria prevención, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud, entre otros (Gavidia y Rodes, 1999).

Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales. Se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento de una persona, la visión de satisfacer adecuadamente las propias necesidades y optimizar su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración, el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

De esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida o comportamientos saludables que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son (Maya, 2001):

- Dar sentido a la vida, con unos objetivos y un plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.

- Estar satisfecho con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables pasa por un compromiso individual y social, convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Estos estilos de vida son el resultado de decisiones personales, pero también de influencias ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente sino de la historia personal del sujeto y de la cultura a la que pertenece. Incluyen, entre otros, decisiones políticas, visiones filosóficas o religiosas de la vida, aspectos económicos, educativos, físico-ambientales, sociales, condiciones laborales, estructura de las ciudades e infraestructura urbana, realidad sanitaria, las posibilidades de uso y manejo del tiempo libre, el descanso, etc. De esta forma, una educación para la salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. El desarrollo y el crecimiento personal se constituyen a partir de la influencia que desde pequeños recibimos del medio cercano. Esta influencia nos llega tanto por nuestra pertenencia a grupos primarios, como son la familia, la escuela o el grupo de amigos, como por influencia de otros ámbitos,

como son los medios de comunicación, y también por la influencia de otros grupos más amplios a los que estamos vinculados, como pueden ser la clase social la etnia, o la localidad en que habitamos. Todos los estilos de vida se enmarcan a su vez en un grupo cultural de referencia, cuyos valores y creencias desempeñan un papel decisivo en la construcción individual de la propia escala de valores, del propio sistema de creencias y de las normas que rigen nuestros comportamientos, lo que en definitiva regula nuestra interacción con el entorno físico y social, e incluso hasta con nosotros mismos (Gavidia y Gómez, 2011).

Unas medidas efectivas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos considerarían prioritarias las políticas y las actuaciones preventivas, persiguiendo la integración normalizada de intervenciones en los sistemas educativos, sanitario y de servicios sociales.

Para finalizar, sólo añadiremos la importancia de la promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud.

10. ALGUNOS EJEMPLOS DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Traemos como reseña algunos ejemplos de programas de prevención, si bien es cierto que en el caso de la prevención del consumo de alcohol no es fácil encontrarnos con programas preventivos «puros» o específicos sobre el tema, sino más bien con programas generales que sirven para actuar sobre el alcohol.

Programa de entrenamiento de habilidades para la vida (Botvin)

Programa general desarrollado por Botvin y colaboradores (1990), es probablemente uno de los más aplicados en el campo de la prevención de las drogodependencias. Pretende mejorar el desarrollo personal e incrementar las habilidades sociales y la autoestima. Emplea técnicas como el

modelado, el ensayo de conducta, el reforzamiento o las tareas para casa.

Los resultados de la evaluación de este programa son muy positivos.

Programa «Tú decides». Programa de educación sobre drogas (Calafat et al.)

Aplicado en el ámbito escolar, es otro programa de carácter general que se dirige a alumnos de los primeros cursos de la ESO, además de preparar al profesorado para que lo apliquen. Se trabajan con los alumnos cuatro lecciones o temas que abordan los conceptos básicos en drogodependencias, el proceso de inicio en el consumo de drogas, la presión del grupo y la ayuda a compañeros. Este programa también ha obtenido resultados positivos en su evaluación.

Prevenir para vivir (FAD)

Volvemos a hablar de un programa no específicamente dirigido al consumo de alcohol. Está orientado a todo el alumnado (infantil, primaria y secundaria) y a sus familias. Los objetivos son la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y el retraso en la edad en que éste se inicia. Se realizan actividades que promueven las capacidades afectivas, intelectuales y sociales del alumnado.

PPCDE (Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia)

El «Programa de prevención del consumo de drogas na escola», de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, es un programa de carácter universal, dirigido al alumnado de educación infantil, primaria y secundaria. Su objetivo principal es influir en las creencias y actitudes del alumnado sobre las drogas y su consumo, así como en la intención de un consumo futuro.

Cambio de sentido (Xunta de Galicia)

Se trata de un programa de carácter selectivo dirigido a jóvenes conductores o que estén en disposición de obtener el permiso de conducir. No se trata un programa específico de prevención del consumo de alcohol, pero sí aborda de forma muy concreta el tema. Se aplica en las autoescuelas, y mediante charlas informativas formativas, y la entrega de un manual, se explican los diversos efectos de las distintas sustancias y se pretende crear un cambio de actitudes en la asociación alcohol-ocio-conducción.

Programa de desarrollo positivo para los jóvenes (Caplan et al.)

Programa específico dirigido a la prevención del consumo de alcohol. Pretende el desarrollo de habilidades de competencia personal y social a lo largo de 20 sesiones que desarrollan seis unidades mediante técnicas de *role-playing*, vídeos o lecturas:

- Manejo de estrés, y sus causas y síntomas en la adolescencia. Estrategias de afrontamiento.
- Autoestima e incremento del autoconcepto.
- Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones.
- Información sobre el uso de alcohol y otras drogas.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación y resistencia a la presión.
- Conocimiento de redes y uso de recursos sociales cercanos.

No te sumerjas. Descubre la trampa del alcohol (Gobierno de Canarias)

Es un programa de carácter universal que da a conocer a la población general los riesgos y peligros del alcoholismo, favoreciendo la toma de conciencia del riesgo asociado al consumo.

Se trata de un programa *on-line*, es decir, apoyado en las nuevas tecnologías y de plataforma web: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/pya/NOTESUMERJAS/capitulos.html>.

Programa ALFIL (Socidroalcohol)

Se trata de una aproximación selectiva dirigida a hijos de alcohólicos y que consta de dos partes: una presentación del programa y una serie de sesiones que son tanto para padres como para hijos. www.socidroalcohol.org.

Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo (UGT, 2011)

Campaña de información y sensibilización en los centros de trabajo. Compuesta por una guía informativa, en la que se abordan desde la definición del alcohol hasta las actuaciones que hay que seguir ante un problema de alcoholismo. http://www.ugt.es/actualidad/2012/enero/folleto_por_10020alcoholismo_UGT.pdf.

El alcohol y tú. ¿Limitas o te limita?

Programa de la Agencia de Salud Pública de Barcelona que pretende facilitar la autoexploración y la identificación de consumos y situaciones de riesgo. Se trata de una plataforma web en la cual los adolescentes irán recibiendo comentarios o consejos oportunos según su edad y nivel de consumo. <http://www.elalcoholytu.org/>.

Alcohol y jóvenes (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales)

Web con información clave sobre los efectos del consumo de alcohol en jóvenes. Ofrece mate-

riales para padres y madres, así como para profesionales y los propios jóvenes. <http://www.msps.es/alcoholJovenes/home.htm>

Alcohol y sociedad

Web con información, materiales y campañas informativas dirigida tanto a jóvenes como a padres y madres. <http://www.alcoholysociedad.org/>.

Otros programas. Prevención de recaídas e identificación de situaciones de riesgo

Se trata de programas dirigidos a enfermos alcohólicos, cuya pretensión es facilitar al paciente la identificación de las situaciones de riesgo y proporcionarle estrategias para evitar las recaídas, las cuales, en caso de haberlas, deben ser prontamente detectadas y atajadas por el terapeuta.

Destacan:

- *Programas de prevención de recaídas*: pretenden el aprendizaje por parte del paciente de habilidades específicas para manejar posibles situaciones de riesgo de la vida real y relacionadas con el consumo de alcohol. La intervención en grupo ha demostrado ser más eficaz que la individual.
- *Programas de entrenamiento en habilidades sociales*: centrados en las habilidades de comunicación, suelen hacer hincapié en el manejo de situaciones que impliquen el rechazo a una bebida, críticas efectivas, mejora de habilidades de conversación o el aprendizaje de estrategias efectivas de resolución de conflictos.

La evidencia científica en la prevención del consumo de cannabis

15

MANUEL ISORNA FOLGAR

1. INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal de consumo más extendido en nuestro país y a una edad más temprana. Al igual que sucede en el resto de Europa, la prevalencia más elevada de consumo de cannabis en España se registra entre los jóvenes. Se estima que han consumido cannabis al menos una vez en la vida (prevalencia a lo largo de la vida) más de 70 millones de europeos adultos, lo cual supone de media casi una cuarta parte (22 por 100) de las personas con edades comprendidas entre 15-64 años. Al igual que ocurre con otras drogas en Europa, los adultos jóvenes son los que registran las tasas de consumo de cannabis más elevadas. España está, junto a Italia, Reino Unido, Francia y Dinamarca, entre los países europeos con una mayor prevalencia anual de consumo en población general, y se encuentra entre los cinco países (Francia, Reino Unido, República Checa, Italia y España) con mayor prevalencia anual de consumo en población escolar, siendo la prevalencia mensual de consumo en esta última población la más alta de Europa. Desde los años noventa se ha producido un importante incremento en el consumo de cannabis entre la población general y escolar en muchos países de la Unión Europea, aunque recientemente se ha detectado una estabilización o descenso (OEDT, 2010).

Es precisamente la extensión de su uso el hecho que más poderosamente llama la atención sobre esta droga. Se estima que entre un 7 y un 10 por

100 de la población mundial podrían ser consumidores regulares de la sustancia, la mayoría de ellos en regiones donde su uso es ilegal (Bobes et al., 2000). Y ello a pesar de la evidencia y de las consecuencias negativas que acarrea sobre la salud, tanto a nivel orgánico como social y psicológico. A nivel orgánico el consumo crónico de cannabis se ha asociado con la aparición de bronquitis, tos crónica y cambios precancerosos en el tejido pulmonar (Kalant, 2004). A nivel psicológico, algunos estudios muestran que el consumo de cannabis interfiere en la ejecución de funciones complejas, como la memoria, la concentración o el aprendizaje, puede provocar una disminución del rendimiento escolar en los adolescentes (Macleod, 2004), exacerbar la psicosis (Semple, 2005) y aumentar el riesgo de accidentes de tráfico (Ashton, 2002).

2. EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS JÓVENES

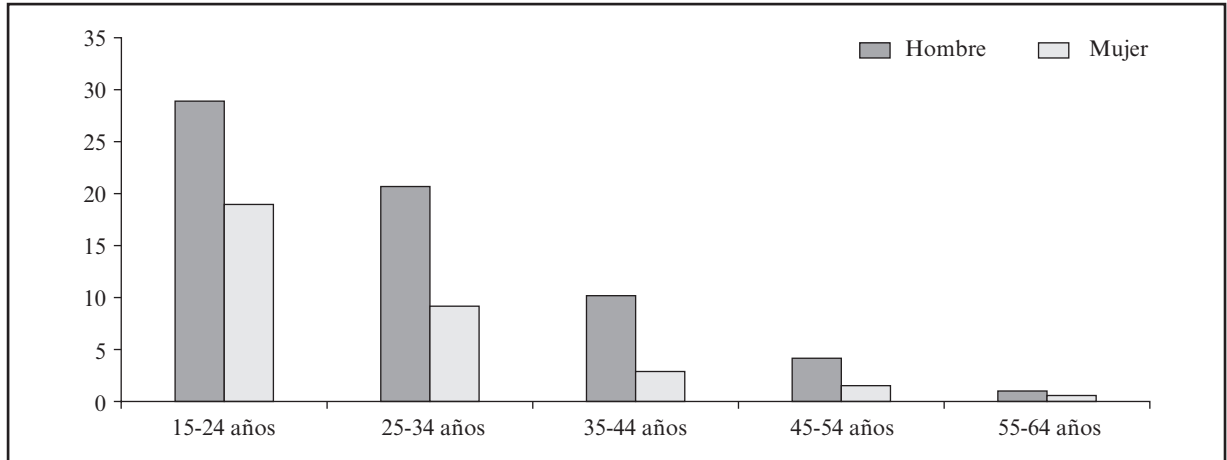
El consumo de cannabis se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de 15 a 24 años los que generalmente registran la prevalencia más alta de consumo en el último año.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegó a la conclusión de que el uso de cannabis es peligroso física, mental y socialmente, hoy nos encontramos ante un fenómeno de

TABLA 15.1
Prevalencia del consumo de cannabis por grupos de edad en Europa

Grupo de edad	Período de consumo		
	Durante toda la vida	En el último año	En el último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	75,5 millones	23 millones	12,5 millones
Media europea	22,5%	6,8%	3,7%
Rango	1,5-38,6%	0,4-15,2%	0,1-8,5%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,5%) Malta (3,5%) Chipre (6,6%) Bulgaria (7,3%)	Rumanía (0,4%) Malta (0,8%) Grecia (1,7%) Suecia (1,9%)	Rumanía (0,1%) Malta, Suecia (0,5%) Grecia, Polonia (0,9%) Lituania, Hungría (1,2%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (38,6%) República Checa (34,2%) Italia (32,0%) Reino Unido (31,1%)	República Checa (15,2%) Italia (14,3%) España (10,1%) Francia (8,6%)	República Checa (8,5%) España (7,1%) Italia (6,9%) Francia (4,8%)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	42 millones	17 millones	9,5 millones
Media europea	31,6%	12,6%	6,9%
Rango	2,9-53,3%	0,9-8,2%	0,3-16,7%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,9%) Malta (4,8%) Chipre (9,9%) Grecia (10,8%)	Rumanía (0,9%) Malta (1,9%) Grecia (3,2%) Chipre (3,4%)	Rumanía (0,3%) Suecia (1,0%) Grecia (1,5%) Polonia (1,9%)
Países con prevalencia más alta	República Checa (53,3%) Dinamarca (48,0%) Francia (43,6%) Reino Unido (40,5%)	República Checa (28,2%) Italia (20,3%) España (18,8%) Francia (16,7%)	República Checa (16,7%) España (13,4%) Italia (9,9%) Francia (9,8%)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	19,5 millones	10 millones	5,5 millones
Media europea	30,9%	16,0%	8,4%
Rango	3,7-58,6%	1,5-37,3%	0,5-22,4%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (3,7%) Malta (4,9%) Chipre (6,9%) Grecia (9,0%)	Rumanía (1,5%) Grecia, Chipre (3,6%) Suecia (4,9%) Portugal (6,6%)	Rumanía (0,5%) Grecia, Suecia (1,2%) Chipre (2,0%) Polonia (2,5%)
Países con prevalencia más alta	República Checa (58,6%) Francia (42,0%) Dinamarca (41,1%) Alemania (39,0%)	República Checa (37,3%) España (24,1%) Italia (22,3%) Francia (21,7%)	República Checa (22,4%) España (16,9%) Francia (12,7%) Italia (11,0%)

FUENTE: OEDT (2010).



FUENTE: DGPNSE (2009).

Figura 15.1. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentaje). España, 2007.

tolerancia social en el que el consumo de cannabis se ha banalizado de tal forma que la percepción de riesgo, de la sociedad en general y de los jóvenes en particular, ha bajado de forma estrepitosa.

Actualmente se observa un aumento mundial de la prevalencia del consumo de cannabis, fundamentalmente en los jóvenes, y también de las solicitudes de tratamientos para la adicción a esta droga.

Existe en el organismo un sistema endocannabinoide, localizado fundamentalmente en el sistema nervioso central, formado por receptores (CB1 y CB2) y endocannabinoides endógenos (anandamida y 2-araquidónil-glicerol) que cumplen una función neuromoduladora e interactúa directamente con los cannabinoides de la *cannabis sativa*. Se ha observado una alta incidencia de trastornos psiquiátricos en los consumidores regulares, como trastornos de ansiedad, depresión, alteración de la memoria a corto plazo y psicosis, además de causar dependencia y un síndrome de abstinencia.

En el consumo de cannabis por parte de los sujetos se provoca una interacción bioquímica del Delta9-THC (tetrahidrocannabinol) con el sistema cannabinoide endógeno, lo que perjudica

gravemente la salud mental, sobre todo la de los adolescentes, con consecuencias graves para el desarrollo psíquico y otros efectos asociados como el abandono escolar o laboral, la disfuncionalidad familiar y la falta total de perspectivas. El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2008) publica como resultado de sus investigaciones que una de las áreas del cerebro que continúa madurando a través de la adolescencia es la corteza prefrontal, área que nos permite evaluar las situaciones, tomar decisiones juiciosas y mantener nuestras emociones y deseos bajo control. Debido a que el juicio y la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones todavía no están completamente desarrollados, su habilidad para evaluar los riesgos con exactitud y tomar decisiones sensatas puede encontrarse aún limitada. El uso de marihuana y alcohol puede interrumpir la función cerebral en áreas críticas que rigen la motivación, la memoria, el aprendizaje y el control del comportamiento. Es por esa razón por la que si se introducen drogas en el cerebro cuando éste aún está desarrollándose, pueden producirse consecuencias profundas de larga duración e irreversibles en muchas ocasiones.

El cannabis (marihuana o hachís) activa las neuronas porque su estructura química imita a la de un neurotransmisor natural. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas del cerebro, no activan las células nerviosas de la misma manera que los neurotransmisores naturales y hacen que se transmitan mensajes anormales a través de la red. Cuando se altera la concentración óptima de algunos neurotransmisores (principalmente glutamato y dopamina) mediante el abuso de drogas, el cerebro intenta compensar este cambio, lo que puede deteriorar la función cognitiva.

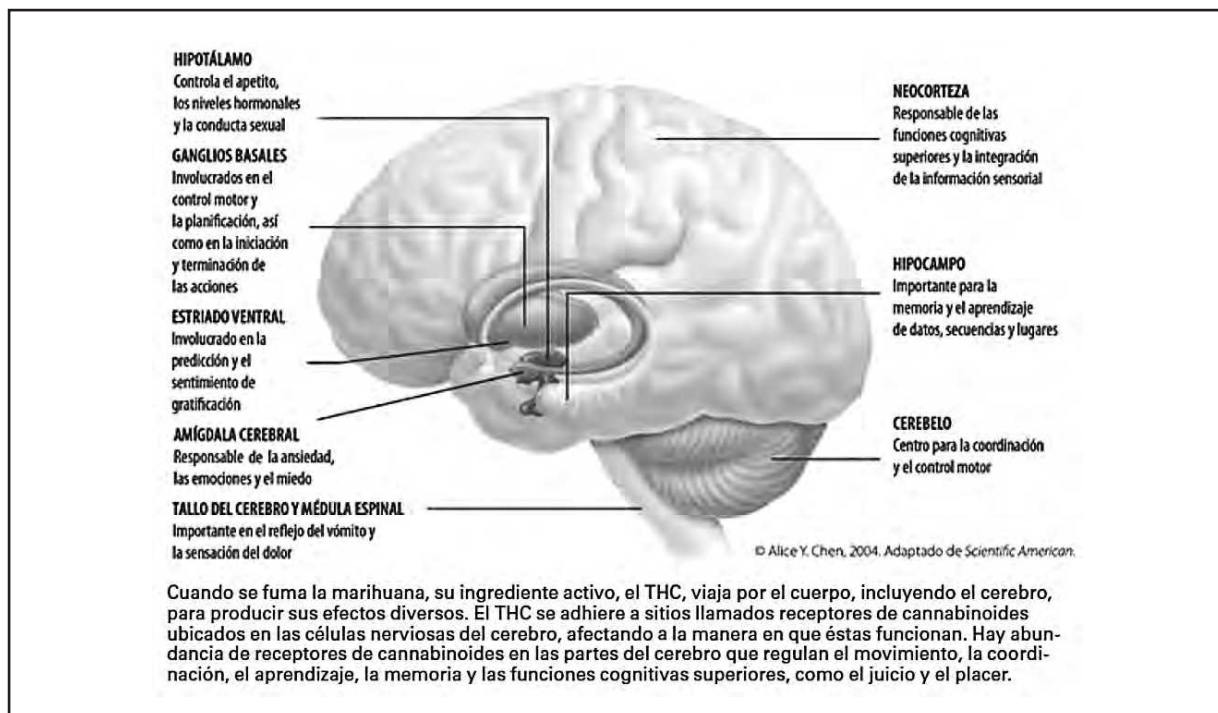
La planta *cannabis sativa* contiene aproximadamente 400 compuestos químicos, de los cuales sesenta son cannabinoides, capaces de alterar esas funciones; el principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La potencia del cannabis, que ha aumentado en los últimos 15 años (Schwartz, 2002), varía según el porcentaje de THC que contiene y según el tipo y la parte de la planta que se utilice para el preparado.

La vía de administración más común es la inhalatoria. La marihuana («maría», «grifa», «hierba») es la preparación seca y triturada de hojas, tallos, semillas y flores de la planta; por lo general, se fuma sola o mezclada con tabaco. La mayoría de la marihuana común contiene, en promedio, el 3 por 100 de THC. La forma sin semilla tiene, en promedio, el 7,5 por 100 de THC, pero las nuevas plantas modificadas genéticamente pueden llegar a contener hasta el 24 por 100. El hachís es un exudado resinoso concentrado de las flores que, una vez prensado, se presenta en forma de pastillas de color marrón verdoso u oscuro («chocolate», «costo»), se consume en porciones pequeñas («chinas»), se deshace con calor y se fuma mezclado con tabaco («porro», «canuto»), y constituye la principal forma de consumo en España. Tiene en promedio el 3,6 por 100 de THC, pero actualmente puede llegar hasta el 28 por 100. El aceite de hachís es un líquido oscuro, resinoso y espeso que se destila del hachís y se utiliza impregnándolo con marihuana y tabaco. Tiene en promedio el 16 por 100 de THC, aunque puede llegar a contener hasta el 43 por 100 de THC.

Otra forma de consumir el cannabis es la vía oral por ingesta de galletas, pasteles (que se cocinan con mantequilla de cannabis), como condimento o bien en forma de infusiones. El efecto por vía oral es más lento, duradero y variable. La marihuana se absorbe entre el 5 y el 10 por 100 (frente al 50 por 100 cuando es inhalada) y sus efectos comienzan a ser aparentes al cabo de una hora, con un efecto máximo a las dos o tres horas, prolongándose su acción aproximadamente durante cinco horas. Tras ser inhalada, los efectos aparecen en unos minutos, con un pico plasmático a los 30 minutos, y se mantiene activa durante una o dos horas (Weinberg et al., 1983).

La intoxicación por cannabis se produce generalmente tras la ingestión de la droga por vía oral (galletas de cannabis; Boros et al., 1996), en forma de cigarrillos de marihuana (Sansone et al., 2001) o de pastillas de hachís (Hervás et al., 1987); los efectos generales son náuseas, vómitos, sequedad de boca, sed y apetito intenso, palidez e hiperemia conjuntival. Produce alteraciones neuroconductuales: trastornos del nivel de conciencia de inicio agudo, hipotonía, ataxia, midriasis o miosis moderada, disminución de los reflejos fotomotores, relajación, desinhibición, modificación del humor, disminución de la capacidad de abstracción, concentración y conversación, alteraciones perceptivas (ralentización en el paso del tiempo). El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, según la dosis y debido a una estimulación simpática y una inhibición parasimpática; sin embargo, en dosis elevadas suele producir bradicardia. Las modificaciones de la presión arterial no son significativas, aunque en ocasiones puede aparecer hipotensión ortostática (Hervas et al., 1987).

En cuanto a los efectos esperados por los consumidores de cannabis, los más deseados son relajación y potenciación del humor; sin embargo, también produce taquicardia e hipotensión postural a nivel cardiovascular (Segarra et al., 2006). En el sistema respiratorio causa broncodilatación y alteraciones histopatológicas. Los cannabinoides, además, alteran el sistema inmunológico y las hormonas sexuales a través del eje hipotálamo-



FUENTE: Imagen extraída de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-marihuana/>.

Figura 15.2. Los efectos de la marihuana sobre el cerebro.

mo-hipófiso-adrenal, y se relacionan con alteraciones frontales en el procesamiento de la información. En el cerebro los receptores cannabinoides se encuentran en altas concentraciones en áreas que afectan al placer, la memoria, el pensamiento y la concentración, así como la percepción sensorial y del tiempo, el apetito, el dolor y la coordinación motora. Ésta es la razón por la que el cannabis puede tener efectos de gran alcance, incluyendo (Mark y Gold, 1991; Weil, 1990):

- Deterioro de la memoria a corto plazo (memoria de acontecimientos recientes). Dificulta el aprendizaje y la retención de información, particularmente en tareas muy complejas.
- Reacción temporal lenta y disminución en la coordinación motora. Aminorar el rendi-

miento deportivo, afecta a las habilidades para conducir y aumenta el riesgo de accidentes.

- Alteración del juicio y la toma de decisiones, lo que podría conducir a comportamientos de alto riesgo sexual, propiciando la propagación del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.
- Aumento de la frecuencia cardíaca 20-100 por 100. Puede aumentar el riesgo de ataque cardíaco, especialmente en individuos que son vulnerables.
- Alteración del estado de ánimo. Estados de euforia, pasividad o, en dosis altas, ansiedad y paranoia.
- Bajos resultados educativos y deficiente rendimiento laboral; disminución de la satisfacción de vida.

- Problemas respiratorios como tos crónica o bronquitis.
- Riesgo de psicosis en personas vulnerables.
- El deterioro cognitivo persiste más allá del momento de la intoxicación.
- Riesgo de adicción.
- Otro aspecto de interés relacionado con efectos a medio y largo plazo del uso de cannabis es el denominado **síndrome amotivacional**, caracterizado por apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, etc. Los sujetos afectados por este síndrome pasarían a ser pasivos, sin objetivos en la vida, apáticos, poco comunicativos y sin ambiciones. Desde un punto de vista fisiopatológico, los síntomas se explicarían por cambios hormonales, daño cerebral, sedación y depresión. Todo ello acompañado de una serie de alteraciones psicomotoras como: disminución de los reflejos, parquedad de movimientos, lentitud de desplazamientos, entre otros. La consecuencia directa de dicho síndrome sería una falta de voluntad propia; las indirectas, un descenso en el rendimiento académico o laboral, deterioro de las habilidades comunicativas y retraimiento social (Grinspoon y Bakalar, 1997; Quiruga, 2000; Ramström, 2004).

El daño es aún más grave a tenor de las nuevas evidencias científicas acerca de la nocividad del consumo de tabaco, alcohol y cannabis para el organismo adolescente, que señalan otros perjuicios y riesgos que comportan para chicas y chicos la iniciación temprana y el abuso de las sustancias al estar su cerebro todavía en desarrollo y no haber alcanzado la madurez completa (Ramström, 2004; Breyer et al., 2005). Existen también nuevos resultados que refuerzan lo encontrado sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las chicas, en particular, a los efectos y peligros del tabaco, el alcohol y el cannabis y, en general, su mayor susceptibilidad a la nocividad y toxicidad de todas las dro-

gas y peores consecuencias de su uso y abuso (Buddy, 2003).

Otro gran hándicap en la lucha contra el consumo de cannabis por parte de los adolescentes es su accesibilidad; con respecto a la disponibilidad percibida de sustancias, en 2008, al igual que en años anteriores, las drogas percibidas por el alumnado de la ESO como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 90,8 por 100 pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, y un 63 por 100, el cannabis (PNSD, 2009).

En el caso de la prevención del consumo indebido de cannabis, podemos afirmar que hasta el momento actual no se han puesto en marcha unas políticas globales que permitan suavizar las fuertes tendencias ascendentes de consumo que venimos observando desde hace años; más bien sucede lo contrario, que, ante el vacío de respuesta y la apatía de la mayor parte de los políticos y gobiernos, los grupos «procannabis» que promueven y realizan apología de su consumo van ganando terreno y posiciones, como veremos más adelante, en ocasiones utilizando una demagogia palpable, lo que hace que cada vez el punto de partida para las medidas de prevención se sitúe en niveles más débiles y resulte más difícil desmitificar las «bondades» de su consumo.

3. FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO DEL CONSUMO DE CANNABIS Y EL DESARROLLO DE DEPENDENCIA

Los investigadores han tratado de averiguar por qué algunos consumidores de cannabis desarrollan dependencia y otros no. Una de sus conclusiones es que los factores relacionados con el inicio del consumo de cannabis suelen ser diferentes de los que conducen a un consumo problemático y a la dependencia:

- *Factores externos:* como el consumo de cannabis en el círculo de amistades y la disponibilidad de esa droga; el grado en

que los adolescentes se relacionan con iguales que ingieren drogas es el factor individual que mejor predice el consumo por parte de los primeros (Pons et al., 1996).

- *Factores relacionados con la propia persona*: como una actitud positiva hacia el consumo de drogas en el futuro, que se asocia específicamente al inicio del consumo de cannabis (Von Sydow, 2002). Otras investigaciones muestran que los jóvenes que habían sido tímidos en los primeros cursos escolares mostraban bajos niveles de implicación en el uso de drogas en la etapa adolescente, mientras que aquellos que habían sido agresivos o que habían tenido períodos tanto de agresividad como de timidez mantenían altos niveles de uso y consumo en momentos posteriores. Por el contrario, Brook et al. (1986) obtuvieron resultados totalmente opuestos, pues detectaron que los niños con un carácter susceptible de generar rechazo por parte de los iguales (por ejemplo, inhibición social, aislamiento y agresividad hacia los compañeros) no estaban asociados significativamente con el uso de drogas en la adolescencia. De cualquier forma, la agresividad hacia los iguales durante la adolescencia se ha asociado repetidamente con el uso de drogas y, de manera genérica, se ha estimado que los adolescentes que han sido menos inhibidos socialmente y que han estado menos aislados de sus compañeros en etapas tempranas tienen una probabilidad mayor de estar en un nivel de consumo más avanzado que el resto de sus compañeros. Las investigaciones muestran que los amigos parecen ser determinantes en el caso del consumo de marihuana, mientras que, en el caso del inicio del consumo de otras drogas ilegales, las variables familiares se configuran como factores de influencia mucho más prioritarios. En todo caso, parece que, una vez iniciado el uso de estas sustancias (por ejemplo, alcohol y marihuana), la imitación de los iguales es la forma dominante de influencia social favoreciendo, a su vez, la selección por parte del adolescente de aquellas compañías que refuerzan sus normas y conductas recién establecidas (Kandel y Andrews, 1987).
- *El uso de drogas legales* (tabaco y alcohol) es interpretado como una importante condición previa del consumo de cannabis (Kandel, 1975; Luengo et al., 1992).
- *Factores genéticos* que predisponen son la pertenencia al género masculino, los trastornos de salud mental y el consumo de otras sustancias (alcohol, tabaco, otras) (Agrawal y Lynskey, 2006).
- *Factores familiares*: una relación conflictiva con la madre o el hecho de haber crecido sin los dos progenitores se asocian también al inicio del consumo de cannabis, mientras que el divorcio o la separación de los progenitores o la muerte de alguno de ellos antes de los 15 años de edad se asocian a la dependencia de esta sustancia (Coffey et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).
- *Factores ambientales*, como el uso recreativo de drogas, vinculados a cambios en la funcionalidad de la diversión nocturna y a la búsqueda de la sobreestimulación (Bellis y Hughes, 2003; Calafat et al., 2000).
- *Las expectativas de los individuos hacia el cannabis*. Los sujetos que abusan del cannabis tienen unas expectativas diferentes de los no consumidores respecto a los probables efectos derivados de su empleo (Novacek et al., 1991). Frente a los adolescentes que muestran actitudes de resistencia a la experimentación, los consumidores reelaboran sus percepciones negativas y valoran las consecuencias positivas del consumo de cannabis, cambiando sus actitudes hacia un planteamiento más positivo del consumo (Moral y Ovejero, 2003; Moral et al., 2004), las emociones y valores (Bolinches et al., 2003) y las distorsiones en la percepción de riesgo (Castellana y Lladó, 1999), que serían, todas ellas, determinan-

tes del consumo. Las actitudes positivas hacia el cannabis modularán su consumo, de modo que los adolescentes que abusen de él (y de las otras drogas tanto legales como ilegales) tenderán a mostrar actitudes más permisivas (Moral y Ovejero, 2003). Se ha concretado que tales diferencias actitudinales se asocian a varios factores: la manifestación de crisis de identidad (Kloep et al., 2001), desajustes sociocomportamentales y búsqueda de atención en el grupo de iguales (Chassing et al., 1988), la insatisfacción hacia el ámbito académico y absentismo escolar (López-Frías et al., 2001) o la falta de apoyo y desestructuración familiar (Martínez et al., 2003).

Entre los factores que se han relacionado específicamente con el **desarrollo de dependencia** se encuentran unas pautas de consumo intensivo o peligroso de cannabis:

- Consumo persistente o el inicio del consumo a una edad temprana.
- Las personas que experimentan efectos positivos (como felicidad o ganas de reír) con el consumo de cannabis a una edad temprana (entre los 14 y 16 años) tienen un mayor riesgo de desarrollar dependencia más adelante en sus vidas.
- La aparición de dependencia se asocia también a otros factores psicológicos y de salud mental (baja autoestima, escaso autocontrol y poca capacidad de adaptación), así como a factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico, problemas económicos) (Coffey et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).

Como conclusión, y basándonos en un metaanálisis realizado por Guxens (2007) con más de 32 investigaciones sobre los factores asociados al inicio del consumo de cannabis, entre el conjunto de factores identificados destacan, por su aparición consistente en un mayor número de estudios, los siguientes: sexo masculino, consumo de tabaco

y alcohol, relación problemática con los padres y consumo de cannabis por parte de los amigos. En la mayoría de los estudios se observó que los chicos tenían más riesgo de consumir cannabis que las chicas. Sin embargo, se ha descrito en algunos estudios una mayor incidencia de consumo entre las chicas, especialmente antes de los 21 años (McGee, 2000), así como una mayor dependencia entre las chicas consumidoras. En otro estudio (Andrews, 1993) se observó una asociación entre el consumo de cannabis por parte de la madre y el inicio del consumo de las hijas. En cualquier caso, más allá de los posibles mecanismos específicos que puedan explicar parte de estas diferencias, la influencia del sexo debe valorarse a la luz de las tendencias de consumo en algunos estudios recientes (Nebot, 2006), que en los últimos años muestran una cierta convergencia de los indicadores de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes en nuestro medio. Varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos muestran que las divergencias observadas en la prevalencia del consumo de drogas entre ambos sexos pueden deberse a diferencias en la oportunidad de consumir, más que a diferencias en la probabilidad de consumir por primera vez cuando surge la oportunidad (Van Etten, 2001). Esto sugiere que el mayor consumo observado en los chicos podría explicarse porque éstos tienen más oportunidades de iniciarse en él, pero cuando las chicas disponen de esa posibilidad tienen la misma probabilidad de consumir.

La dependencia del cannabis se percibe cada vez más como una posible consecuencia del consumo habitual de la droga, incluso entre los usuarios más jóvenes, aunque la gravedad y las consecuencias pueden parecer menos serias que las atribuidas habitualmente al consumo de otras sustancias psicotrópicas (como la heroína o la cocaína). La aparición de la dependencia de cannabis podría ser también más gradual que la observada con otras drogas (Wagner y Anthony, 2002). Se ha informado de que más de la mitad de los consumidores con dependencia del cannabis que interrumpen su consumo son capaces de hacerlo sin tratamiento (Cunningham, 2000). No obstan-

CUADRO 15.1

Agrupación de los factores asociados al inicio del consumo de cannabis (adaptado de Guxens et al., 2007)

Tipo de variable	Definición de las variables en los estudios seleccionados
Bajo nivel socioeconómico	Posición social familiar (bajo nivel educación padres, bajo estatus ocupacional, madre joven, familia monoparental); posición socioeconómica desfavorable (bajo nivel socioeconómico, madre joven en el primer embarazo, bajo nivel educativo de la madre, familia monoparental); bajo nivel socioeconómico (educación y profesión de los padres).
Disponibilidad de drogas en entorno	Escuela con alta proporción de alumnos que fuman cannabis (vs. escuela con baja proporción); disponibilidad de drogas.
Consumo de tabaco	Consumo diario de tabaco; consumo actual de tabaco; inicio del consumo de tabaco antes de los 15 años; consumo de drogas legales; consumo regular/diario de tabaco.
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol; consumo regular de alcohol; consumo elevado de alcohol; consumo de más de dos días a la semana de alcohol o dosis elevadas; consumo de drogas legales.
Conducta antisocial	Trastorno de la conducta, problemas de comportamiento declarados por padres y profesores; conducta antisocial (daño a propiedades, vandalismo, destrozar coches, hacer graffitis), conflictos interpersonales (pegarse, llevar pistola, escaparse de casa, ser expulsado de escuela), robar (robar cosas de los padres o de otros, robar coches).
Morbilidad psiquiátrica	Morbilidad psiquiátrica; salud mental deteriorada; inhibición del comportamiento durante la infancia; trastornos mentales (somatomorfos y alimentarios).
Personalidad	Personalidad del adolescente: actitud hacia la perversión/desviación, bajas expectativas educativas, bajas expectativas de reconocimiento académico, bajo índice Marlowe Browne (deseabilidad social); personalidad no convencional (perversión/desviación, rebeldía, búsqueda de sensaciones, tolerancia a la perversión/desviación); personalidad no convencional.
Familia monoparental	Padres divorciados; no crecer con ambos padres; cambio de padres.
Relación con los padres	Dar poca importancia a la comunicación, la armonía y la habilidad de comunicación con los padres/familia; mala relación con la madre; poca identificación con los padres (admiración, emulación o similitud con padres); poca interacción con los padres (rechazo de la madre, poca equidad, mucho autoritarismo, disciplina laxa-inconsistente); no compartir pensamientos ni sentimientos con la madre ni desear ser el tipo de persona que es.
Problemas familiares	Discordancia parental: discusiones, agresiones, dificultades sexuales. Mal clima familiar: padres separados, bajo soporte social de la familia, depresión de la madre. Familia más cercana: discusión con otros familiares, madre no asertiva, con bajas expectativas educativas y familiares, con pocas actividades de responsabilidad.
Disciplina parental	Gestión familiar poco activa (normas, disciplina, sistema de recompensas y de control); factores parentales (cordialidad, identificación, permisividad, disciplina o consumo de drogas legales, cannabis o drogas ilegales por parte de padres).
Consumo de cannabis de los amigos	Consumo y posesión de cannabis de amigos y amigos con actitud favorable hacia consumo de cannabis y alcohol; consumo de cannabis de bastantes amigos; consumo de cannabis por parte de conocidos; consumo de drogas por parte de amigos; consumo de marihuana por parte de amigos.

te, algunos, especialmente los más intensivos, pueden experimentar problemas sin cumplir necesariamente los criterios clínicos de la dependencia.

El consumo de cannabis se ha relacionado con la pertenencia a un grupo vulnerable o socialmente desfavorecido, como el de los jóvenes que abandonan los estudios demasiado pronto, los que hacen «novillos», los niños que viven en instituciones asistenciales, los delincuentes juveniles y los jóvenes que viven en barrios económicamente desfavorecidos (OEDT, 2008). La pertenencia a esos grupos también puede asociarse al consumo de otras sustancias. Por ejemplo, los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad) que declararon un consumo frecuente o intenso de alcohol durante el último año tenían una probabilidad entre dos y seis veces mayor de declarar también el consumo de cannabis que la población general; y aunque la mayoría de los consumidores de cannabis no consumen otras drogas ilegales, la probabilidad de que lo hagan es mayor que en la población general. Los adolescentes que consumen cannabis tienen una prevalencia entre dos y tres veces mayor de tabaquismo que la población escolar general de 15 y 16 años de edad.

Algunos consumidores de cannabis adquieren unas pautas de consumo más peligrosas, como el consumo de cannabis con un alto contenido de THC o en grandes cantidades o la inhalación con pipa de agua (cachimba, «bong») en lugar del «porro». Estos consumidores suelen notificar más problemas de salud, entre ellos dependencia (Chabrol et al., 2003).

4. EL MOVIMIENTO PROCANNABIS

Alrededor del cannabis existe una cultura simbólicamente alternativa, que se basa en un conjunto de planteamientos ideológicos y místicos de la más variada procedencia. Esta cultura sistemáticamente reinterpreta de manera interesada y sesgada la historia y los datos científicos acerca de la planta, sus derivados y su consumo. Es difícil calcular el potencial económico que la sostiene a través del comercio y la publicidad de gran-

des empresas. Pero resulta evidente que nos enfrentamos a hechos muy parecidos a los que mantienen el consumo de alcohol y de tabaco en los niveles actuales. Cualquier programa preventivo debería tener entre sus principales objetivos contrarrestar los efectos de esta presión al consumo (Calataf et al., 2000).

4.1. Desarrollo del movimiento procannabis en España

A la muerte de Franco, en 1975, las drogas «legales e ilegales» pasan a convertirse para los jóvenes españoles en las aliadas, en símbolos de esos jóvenes resignados e inconformistas, ávidos de cambios sociales de apertura. En esta rebelión contra los valores sociales dominantes e impuestos durante décadas, la búsqueda de nuevas experiencias personales (un mejor conocimiento de sí mismos, experimentación de nuevas sensaciones, la meditación...) ocupa también un importante lugar, en el que las drogas constituyen un elemento relevante. Con todo ello, los jóvenes descubren con las drogas algo más que un medio muy eficaz que les permite transformar fácilmente su estado de ánimo: logran una mayor cohesión de grupo, una señal de identidad que les vincula a otros individuos con quienes comparten intereses y preocupaciones sociales. Las drogas se convierten para ellos en un primer estadio, en un símbolo de la transgresión, al igual que la indumentaria y otros elementos estéticos, es decir, en símbolos de una nueva época histórica en la que ellos son los principales protagonistas. Por tanto, en los años setenta y ochenta, para muchos jóvenes (y no tan jóvenes) la legitimación del consumo de drogas y, en concreto, del cannabis tiene una vertiente claramente política. Para estas personas (y colectivos) consumir drogas es una forma de actuar contra un sistema que desean cambiar. La juventud española más alternativa y progresista asimila ciertas ideas renovadoras procedentes de Europa y América, como, por ejemplo, las revueltas de mayo del 68 en Francia o la «cultura hippy», lo que les lleva a abrazar la revolución sexual,

creer en el amor libre, participar en el activismo político y para muchos iniciarse en el consumo de cannabis, estupefacientes y otros alucinógenos (como el LSD) con la intención de alcanzar estados alterados de conciencia; en realidad, como enunciábamos anteriormente, son formas de rebelarse contra la homogeneidad que les ofrecía «el sistema».

Muchos jóvenes españoles leen, viajan y contemplan otros modelos sociales de libertades públicas y privadas; al mismo tiempo, coincide que en España, ahora más tolerante con estos temas, se instalan en Baleares, sobre todo en Ibiza, y la costa levantina y andaluza ciertos grupos y movimientos sociales como los hippies en los que el consumo de drogas es su tarjeta de presentación (o al menos la más visible) y que se convierten en un modelo para muchos jóvenes españoles y de los cuales, casi por mimetismo, aprenden a consumir drogas. De esa juventud surgen muchos de los protagonistas de la inminente transición española, actores de un proceso histórico que les llevará a ocupar posiciones de poder durante la transición democrática y después. Sin embargo, tras esos años de rápida ascensión, el interés por el cannabis parece decaer tanto en España como en otros países. La crisis del movimiento hippy, al que en su momento se le atribuyó en gran medida la introducción del consumo de heroína, además de otras preocupaciones de la sociedad, hizo que quedasen aparcados muchos de los referentes que sostenían aquel movimiento juvenil, incluido el consumo de cannabis.

Es a finales de los ochenta y a lo largo de los noventa cuando vuelve a surgir con fuerza el interés de los jóvenes, tanto españoles como extranjeros, por la cultura del cannabis. Y se unen a ellos un cierto número de adultos para los que el cannabis mantiene esa carga simbólica de ilusión y de cambio que formaba parte de sus rituales de juventud; esa carga de transgresión con la que de jóvenes se iniciaron en la rebeldía, no sólo en el sentido «guerrero» de la lucha política, sino también descubriendo y explorando nuevas formas de diversión —como una apertura hacia la promiscuidad sexual sin precedentes hasta entonces—,

y que les hizo sentir que eran un grupo activo que inventaba o descubría nuevas formas de hacer cosas. Y todo ese simbolismo se traspasa a las nuevas generaciones actuales. Al cannabis se le empieza a aplicar la etiqueta de sustancia antisistema, muy reforzada por su estatus de ilegalidad, a la que se otorga simbólicamente el poder de ser aliada en la lucha política. Cuando los jóvenes del año 2000 consumen cannabis, son ya parte de otro fenómeno, pero han conseguido relaborar o recuperar muchos de los antiguos simbolismos y adaptarlos a su realidad, a sus necesidades y a su experiencia (Calafat et al., 2000).

El movimiento procannabis se inició de manera más organizada en España hace aproximadamente una década, cuando un colectivo de consumidores decide organizarse y actuar en defensa de la sustancia y de su consumo. Los precursores han sido, además de consumidores de cannabis, profesionales dotados de habilidades sociales suficientes como para consolidar y expandir una organización, elaborar un discurso sólido y complejo y buscar aliados prestigiosos en distintos ámbitos sociales. En pocos años, el movimiento procannabis ha crecido de forma espectacular, y es muy probable que actualmente España sea uno de los países donde ha cobrado mayor fuerza y se muestra más activo. Como toda actividad que afecta a muchas personas, puede hablarse de una «jerarquía» y de un distinto nivel de participación en el movimiento. Se trata de una red muy estructurada de apariencia informal que, sin embargo, en la práctica supone una organización que está logrando una buena cohesión de individuos y de grupos, sobre todo a través de Internet y de las redes sociales, que participan en la definición y promoción de la cultura del cannabis organizando ferias y congresos con apariencia pseudocientífica y en la mayoría de los casos con el supuesto beneficio terapéutico para curar o paliar ciertas enfermedades, lo que nos lleva a realizarnos la siguiente pregunta: ¿Qué patología padecen estos usuarios y qué médico les ha recetado el consumo de cannabis?

Detrás de esta propaganda pueden identificarse una gama de actores que cumplen diversas funciones en la creación y difusión de esa cultura.

Existe un núcleo más activo que crea los elementos discursivos que utilizan y asimilan los consumidores de cannabis e incluso la población no consumidora que se define favorable a su legalidad. En esa red podemos identificar, al igual que en otros movimientos sociales, a los profetas, personajes de renombre que actúan como personas de referencia, a los sacerdotes creadores del discurso, a los técnicos, que con su trabajo cotidiano crean una acción más aplicada ante cada una de las problemáticas que surgen —como la médica o judicial—, y a los activistas, que muchas veces son los encargados de difundir y de realizar acciones de promoción y presión política. En las asociaciones también hay técnicos que con su habilidad de expertos abren o desarrollan distintos campos en los que actuar: jurídico, ecológico, botánico, filosófico, religioso, médico, político, etc. (Calafat et al., 2000).

4.2. Del movimiento procannabis a los *Grow Shop & Smartshop*

A lo largo de los últimos años, en España y el resto de Europa, principalmente, se ha desarrollado un movimiento favorable a la legalización del consumo de cannabis que ha ido impregnando

de ciertas ideas el discurso social sobre esta sustancia. Diversos argumentos, de índole muy variopinta, han sido aportados por parte de los defensores de esta postura y acogidos con escaso sentido crítico por los consumidores. Consumidores que han reducido de esta forma su propia disonancia cognitiva, encontrando motivos añadidos para consumir la sustancia. Incluso en el ámbito de los adolescentes, algunas de estas ideas van calando, a través de los líderes de opinión de los grupos de referencia, y las acogen con el mismo entusiasmo (Santolaya, 2008).

Lo que se le brinda a la sociedad en general y a los jóvenes en particular, como un modelo filosófico o ideológico respecto al consumo de esta sustancia, no deja de ser una reivindicación de ciertas libertades que van asociadas también a un negocio: las tiendas *Grow Shop & Smartshop*, en las que es posible comprar plantas, semillas, ropa, cosméticos, fertilizantes, macetas, sistemas hidropónicos, elementos de iluminación, objetos y utensilios para el cultivo de distintas drogas. En España se contabilizan cerca de 300 tiendas que, en la mayoría de los casos, actúan como distribuidoras de productos de grandes franquicias (Secret Silser, L'interior, Sinsemilla, Doctor cogollo). En un principio estas tiendas se dedicaban exclusivamente a la venta de productos relacionados con el cul-



Figura 15.3. Carteles anunciando ferias sobre cannabis «terapéutico».

tivo de cannabis, y se daban a conocer con el nombre de *Grow Shop*. Actualmente, la mayoría de estas tiendas han incorporado a su oferta distintas sustancias psicoactivas que todavía no han sido prohibidas. Aquellas tiendas que incorporan esta nueva gama de sustancias conocidas como «sustancias naturales» (por ejemplo, hongos) se denominan *Smart & Grow Shop*. A través de estos comercios el consumidor tiene la posibilidad de transformar sus hábitos de adquisición y, además, ampliar el número de sustancias entre las que escoger, algunas de las cuales son muy potentes (Mendiola y Becoña, 2003).

Este tipo de comercios ha encontrado su principal vehículo de promoción en la revista *Cáñamo y Yerba*, que se autodenomina «revista de la cultura y del conocimiento del cannabis»; constantemente se presentan artículos de opinión escritos por supuestos pseudocientíficos y ensayos sobre el cultivo de marihuana que son de gran utilidad para todo aquel que se quiera iniciar tanto en esta materia como en su consumo. Estas revistas *especializadas en el tema del cannabis* cuentan con espacios dedicados a la publicidad de semillas, herbicidas, insecticidas, accesorios y otros complementos vinculados al cultivo e incluso al consumo de la sustancia (cachimbos, papel de fumar, etc.), que, a un precio muy suculento, te envían a tu propia casa. Un buen ejemplo son todos los productos asociados al marketing del cannabis: la hoja de marihuana, el rastafari fumado, la bandera de Jamaica con Bob Marley, camisetas, mecheros, gorras, chapas y mochilas no dejan de ser anuncios indirectos que representan una inversión rentable por diversos motivos: mantener y perpetuar entre la asociación entre consumo de cannabis y estar en contra del «sistema». Pero asociar la rebeldía con el consumo de cannabis no deja de ser una idea anacrónica. De esta manera, se va cerrando el círculo y lo que inicialmente parece una forma de pensar pasa a ser una defensa de un producto en el mercado, con su *merchandising* asociado, que publicita el producto y, al igual que otras campañas publicitarias, lo asocia a un perfil: rebelde, ecológico, intercultural (Santolaya, 2008). Sin embargo, una

parte importante de la sociedad no considera estas estrategias que utilizan los movimientos pro-cannabis publicidad negativa o engañosa.

El éxito de estas tiendas *Grow Shop & Smarts-hop* es evidente dado que en las últimas décadas el cultivo casero de cannabis y de hongos está teniendo un apogeo considerable y el número de personas que optan por esta vía de abastecimiento ha crecido notablemente en los últimos años, en parte por las facilidades que las propias tiendas ofrecen a los potenciales consumidores (véase la figura 15.4). Asimismo, el consumo de cannabis y derivados también ha aumentado notablemente como a su vez se ve reflejado en los niveles de consumo entre los jóvenes que recogen los informes anuales del PNSD.

En la actualidad en España podemos observar que la prensa que ha nacido expresamente y que tiene mayor tirada en este ámbito, e incluso cantantes y grupos musicales, defienden abiertamente la legalización del cannabis, empleando con frecuencia estrategias y argumentos poco o nada éticos. El discurso pro-cannabis se mantiene dentro de los parámetros de la demagogia, utilizando discursos pseudocientíficos manipulados y sesgados de forma interesada, tanto como lo han hecho los detractores del cannabis; por ello, defender la legalización del uso del cannabis viene a significar simbólicamente estar en contra de la represión que supone el no hacer uso de la libertad individual que supuestamente te arrebatan al no dejarte consumir cannabis libremente donde y cuanto te apetezca; sin embargo, no deberíamos dejarnos llevar por esta barricada y pensar que quienes defienden el consumo de cannabis no alientan otro tipo de intereses que mueven la sociedad actual; hay toda una red de beneficios económicos que también sostienen este movimiento, en la medida en que el cannabis y muchos de los elementos que lo rodean son un producto más que se inserta en la sociedad de mercado a través de la tendencia hacia el consumo propia del sistema social en que vivimos; y, a pesar de ser algo legalmente prohibido, compiten con otros productos para cubrir necesidades (Calafat et al., 2000).



FUENTE: www.sinsemilla.com

Figura 15.4. Kit profesional 400 W con armario GT: 345 euros.

5. EL DISCURSO LEGITIMADOR Y SUS CONTRADICCIONES

En España se ha desarrollado un movimiento social en defensa del cannabis, a lo largo de la década de los noventa, que está logrando ser influyente como colectivo que participa en la definición social de esta sustancia. El movimiento lo forman asociaciones, profesionales y medios de comunicación que se encargan de dar a conocer los argumentos y las estrategias en pro de legalizar y legitimar socialmente su consumo.

La defensa del cannabis se sustenta en un entramado de argumentos que tienen como función principal presentar los beneficios sociales de esta sustancia y las incoherencias del sistema que la mantiene prohibida. Los argumentos que se elaboran son una construcción cultural basada, en principio, en algunas de las cualidades, científicas o

no, con que se etiquetan las sustancias. La elaboración de un discurso legitimador ha acompañado también la inserción social de las llamadas «nuevas drogas» o «drogas de diseño» como el éxtasis (Calafat, 1998). Estas estrategias que legitiman el consumo se nos presentan como símbolos que dan identidad a las sustancias, en este caso al cannabis, identidad que se transfiere a sus consumidores en el acto mismo del consumo y de su defensa.

Basándonos en el análisis que realiza Calafat et al. (2000), Santolaya (2008) y Amengual (2000) han efectuado un estudio a partir de diversas fuentes: la información escrita que aparece en revistas, folletos, postales e Internet y las entrevistas realizadas a diferentes miembros de las asociaciones españolas en defensa del cannabis y a otros consumidores. Es un análisis de discursos en el que se ha tratado de captar los criterios que definen el consumo de cannabis y la sustancia

misma, con la intención de analizar la construcción de todo el entramado y sus contradicciones.

5.1. Consumir cannabis es de rebeldes y demuestra que estás en contra del «sistema»

Los adolescentes, de por sí, muestran comportamientos tendentes a la rebeldía, aunque no todos, ni siquiera la gran mayoría. Pero no deja de resultar peculiar que el consumo de una sustancia con los efectos del cannabis se considere una actitud rebelde; cabe pensar si no será una construcción social más, que, dentro del ámbito adolescente, deba interpretarse a la inversa, es decir, no son más que víctimas de un sistema consumista.

En ocasiones, y por parte de algunos colectivos en la última década, sobre todo en referencia al consumo de alcohol (por ejemplo, defensa del botellón) y cannabis por parte de los jóvenes, escuchamos como argumento de defensa que el consumo de drogas es una manifestación de la «cultura recreativa juvenil», y por ello es defendido de forma sentimental como resistencia y desconformidad cultural frente a las normas sociales dominantes. Sin embargo, los estudios etnográficos (Winlow & Hall, 2005) señalan al contrario que esa «cultura juvenil» es sorprendentemente apolítica y conformista con la economía de consumo.

Algunas de las reflexiones que podemos realizar con los adolescentes serían:

- La modernidad y la rebeldía no se demuestran haciéndose daño a uno mismo. Busca otras maneras de mostrarte «moderno»: viaja, estudia, lee, practica deportes de más o menos riesgo, habla con todo tipo de gente, participa en asociaciones, ocupa tu tiempo libre con algo que te satisfaga personalmente, utiliza tu capacidad de innovación...
- Uno es moderno e inteligente porque sabe defenderse y enfrentarse a un mundo cada vez más competitivo siendo a la vez respetuoso consigo mismo y con los demás.

- Estar en contra del «sistema» no implica necesariamente hacer NADA que dañe tu salud ni la de los demás.
- Las personas que recurren a las drogas para divertirse no ejercitaron ni lo más mínimo su imaginación. Paradójicamente son las que menos se conocen a sí mismas.
- Ser joven debe ser sinónimo de «buscar la independencia, la autonomía», no la «dependencia» de ninguna sustancia.

5.2. La neutralidad científica y política: «ser de derechas o de izquierdas»

Resulta difícil crear un discurso neutral y objetivo ante las drogas por ser un tema polémico que ha dado lugar a posiciones dogmáticas en dos bandos. Todo parece indicar que las cosas tampoco serán simples en un futuro. Suponemos que, por un lado, se seguirá manteniendo la confrontación, más agudizada si cabe, mientras que por otro se ampliará esa complicidad entre posturas que ya se ha iniciado. Es, por ello, fundamental desarrollar elementos críticos desde fuera del campo de batalla, alejándose de los dogmas; y ésa es la posición desde la que pretendemos realizar este estudio, lo que significa tomar distancia cultural, en la medida de lo posible, para arrojar luz y fortalecer los vínculos del diálogo y los elementos de la controversia.

Tal como se ha mencionado, la posición ante el cannabis divide a la sociedad en dos posturas encontradas. Esas dos actitudes han creado estereotipos que, como suele ocurrir al confrontarlos con la realidad, no siempre responden a la etiqueta. A los defensores del cannabis se les identifica normalmente con la izquierda o el «progresismo», mientras que a los críticos con ese consumo se les suele alinear en el bando de los conservadores. Este simplismo reduccionista es distorsionador para quienes intentan comprender mejor cómo se construye la imagen del cannabis, así como el uso que se hace de él. Mirar lo que ocurre en otros países o en otras épocas de la historia ayuda a comprender la complejidad de una situación, y

ello puede ser un buen rodeo para analizar la realidad actual de la cual somos protagonistas y sobre la que debemos elaborar un discurso crítico rompiendo con los dogmas y los estereotipos.

Al estudiar la disputa que existe en la sociedad americana con respecto al cannabis, sorprende el acuerdo alcanzado entre distintos grupos de izquierda y de derecha en Estados Unidos para poner fin a la prohibición de su consumo; si bien unos y otros tienen argumentos diferentes, terminan llegando a similares conclusiones. Desde la izquierda, la legalización se presenta como una forma de terminar con el narcotráfico y con la criminalidad que éste genera. Desde la derecha ultraliberal, las razones son en parte ideológicas, y les llevan a adoptar una posición contraria a la de un gobierno paternalista que controle la conducta de los ciudadanos. Los ultraliberales consideran que *cada uno tiene derecho a ir al infierno con los medios que elija, siempre y cuando pague por ellos*. La izquierda teme que ese interés que muestran algunos grupos de derecha por legalizar las drogas y por defender que cada uno haga lo que le parezca sea el caballo de Troya para más tarde retirar el soporte económico que mantiene los programas de atención social o médica a los drogadictos. Vemos así que abogar por la legalización de las drogas no es una patente exclusiva de un partido u orientación política (Howell, 1998).

El vínculo entre el consumo de cannabis y una actitud rebelde y transformadora de la sociedad debe presentarse como una de esas manipulaciones y engaños que se han generado desde los años sesenta y setenta y que han dado como resultado un entramado ideológico-filosófico que, al ser contemplado con una cierta perspectiva histórica, cultural y sobre todo científica, se cae por su propio peso pero que ha conseguido imponer con el paso del tiempo una banalización del consumo de cannabis.

Si es una manipulación culpar a las drogas y hacerlas responsables de todos los desajustes personales y problemas sociales a nivel mundial, como ocurrió hace unos años en la llamada «guerra contra las drogas» del gobierno estadounidense, también lo es beatificarlas y definirlas

como benefactoras y/o liberadoras de los problemas que tiene la sociedad actual. En la actualidad, el consumo de drogas por parte de los más jóvenes, principalmente alcohol en el ocio nocturno, es parte de una necesidad consumista, forma parte de un *consumismo normalizado*, de una identidad generacional, que se traduce en todo un intercambio monetario y de representación/ostentación de poderío económico en el que se incluye: moda/fashion, coches, móviles y otros signos de estatus. El consumo de drogas forma ya parte de ese valor simbólico y es difícilmente separable de los elementos del consumo de ocio. Un 63,2 por 100 de los jóvenes españoles se identifican con ese consumismo, es decir, salen de marcha a consumir drogas (principalmente alcohol); pero dentro de este contexto tenemos ya un *consumismo de riesgo* en el que se integrarían un 18 por 100 de los jóvenes, que, además de emborracharse, practican sexo de riesgo y consumen drogas ilegales. En nuestra sociedad, las drogas son un producto más entre los logros de la tecnología que ayuda a las personas a adaptarse a las premisas del sistema de manera más eficaz, rápida y moderna (Hottois, 1991).

Desde un planteamiento científico, no hay que demonizar ni santificar los productos sociales, sino desnudarlos de sus etiquetas, separarlos de los grupos de interés que se forman alrededor y contribuir con ello al debate social. Ante las drogas es cada vez más necesario un debate social que contemple todas las dimensiones (Calafat et al., 2000).

6. LAS EXPECTATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE CANNABIS: MITOS Y CREENCIAS

Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes de las de los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias (Novacek et al., 1991). En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir re-

sultados más satisfactorios, puede observarse un mayor consumo. Cuando hablamos de expectativas, no sólo nos referimos a las expectativas asociadas a los efectos fisiológicos de la sustancia (Robert et al., 2006), sino a todo lo que tiene que ver con lo que se espera con el consumo. Pero, además, también el contexto influye en los efectos percibidos: no es lo mismo consumir cannabis en soledad que hacerlo en grupo; no es lo mismo hacerlo en un lugar tranquilo y calmado que en un bar. Por ello, el cruce de unos y otros aspectos resulta de interés en el caso de los adolescentes que se inician en el consumo de cannabis; se hace necesario conocer qué esperan de ese consumo, dónde se suele producir y en qué situaciones para desarrollar una labor preventiva adecuada (Haller et al., 2004). Lo que espera el sujeto del consumo puede deformar la información y conocimientos objetivos y construir mentalmente determinadas creencias de ciertas informaciones o mitos que no se corresponden necesariamente con la realidad; además, contribuyen a crear alrededor de la sustancia un cierto halo mítico e irreal.

De cara a la labor preventiva del mediador, educador o técnico de salud, vamos a ir desterrando esas ideas para dotarlo de argumentos que le permitan modificar algunos conceptos que no son tan evidentes como parecen. Por tanto, estos contenidos pueden ser comunes a la actuación preventiva con cualquiera de los colectivos vulnerables, aun cuando planteemos contenidos específicos para cada uno de ellos.

6.1. Consumir cannabis es ecológico porque sale de una planta: el autocultivo

El hecho de que el hachís o la marihuana se extraigan de la planta *cannabis sativa* no los convierte en menos dañinos para la salud. La mayor parte de las sustancias que denominamos drogas, tanto legales como ilegales, se extraen de plantas, ya sea el tabaco, de la *tabacum nicotiana*, o la morfina/heroína, de la amapola *papaver somniferum* (adormidera); pero consumir estas sustan-

cias no nos convierte en más ecológicos, ni tampoco el hecho de ser «naturales» las convierte en saludables.

El cultivo casero del cannabis es una de las estrategias más importantes en esta alianza con el ecologismo. La planta es símbolo y metáfora de la naturaleza. ¿Qué madre puede pensar que eso que tiene su hijo en el balcón de casa o del jardín puede ser una droga? De esta forma también se consigue aumentar el compromiso del individuo con la causa (Ingold y Toussirt, 1998). En el entramado ecológico, la promoción del abastecimiento casero de marihuana se ha convertido en una nueva moda que está creando un espacio muy dinámico dedicado al aprendizaje del cultivo y la botánica dentro de las asociaciones. La marihuana se convierte, así, en un formato más defendible que el hachís; su cultivo es una alternativa a participar en el narcotráfico y permite crear nuevos criterios positivos en su defensa. Además, con la marihuana se puede controlar lo que se toma, lo cual nos lleva a una crítica del hachís como producto susceptible de adulteración. La promoción del cultivo casero está empezando, pero la marihuana continúa siendo un bien escaso y se considera un privilegio poder consumirla. Como alternativa tenemos el hachís, que procede básicamente de Marruecos. Todo lleva a crear una cierta mística alrededor de la marihuana.

Todas las páginas web consultadas de tiendas *Grow Shop* y asociaciones procannabis tienen un espacio de venta de productos y libros relacionados con esa afición botánica. A través de Internet es posible comprar todo lo necesario para realizar un cultivo casero eficaz y científicamente controlado, e incluso lograr semillas manipuladas genéticamente que garanticen una cosecha «de calidad». Las publicaciones tanto en formato papel como en formato digital suelen dedicar en cada una de sus ediciones un espacio importante al autocultivo. La idea que transmiten es que conseguir así marihuana de la «buena» es una tarea muy complicada, dificultosa y propia de entendidos, pero siempre contarás con el apoyo y conocimiento de los vendedores, que intentarán captar nuevos y potenciales clientes.

Es difícil no ver en ello un nuevo tipo de mercado, tanto de profesionales como de productos, que ya está abierto en nuestro país y que se encuentra en vías de expansión.

En ese discurso de selección de las semillas puede observarse otra de las contradicciones. Cultivar cannabis se convierte en un acto natural que, además, conecta con la tradición idealizada del mundo rural. Sin embargo, para obtener marihuana de calidad hay que recurrir a complejos mecanismos de selección genética (o bien simplificar la operación comprándola por Internet a los holandeses, quienes se han encargado de conseguir semillas de todo el mundo, seleccionadas y hacer un bonito catálogo), todo adornado con un magnífico *merchandising*. Por tanto, cultivar cannabis significa entrar en un complejo sistema especializado en «a ver quién logra la planta más grande, con más cogollos, etc.». La manipulación genética de las semillas tiene como finalidad lograr que éstas produzcan más THC (más droga) con el fin de obtener mayor efecto psicotrópico («un mayor subidón»). Todo ese montaje queda lejos del ideal de dejar hacer a la «madre naturaleza» y parece más bien aplicar la tecnociencia más actual. La dialéctica entre tradición y modernidad entra en el discurso en defensa de la marihuana y es muy efectiva en el marketing de promoción de las semillas holandesas (Calafat et al., 2000).

En Holanda, durante décadas, han sido tolerados los *coffeeshops*, cafés en los que se puede comprar y consumir derivados del cannabis. La producción y el tráfico, sin embargo, no están regulados. En un intento de combatir el fenómeno del «turismo del porro», extendido en ciudades como Ámsterdam, los *coffeeshops* se enfrentan a un cambio normativo que les obligará a atender únicamente a socios, que además tendrán que ser residentes. Tampoco podrán vender las variedades más fuertes del cannabis, aquellas que contienen más cantidad de THC.

En España el Código Penal (artículo 368) castiga con penas de prisión entre uno y tres años y una fuerte multa el cultivo de cannabis realizado con la intención de producir estupefacientes y

con el ánimo de difundirlos entre terceras personas mediante su venta, distribución o donación. También sanciona la elaboración, venta, distribución o donación de cannabis, resina de cannabis o aceite, con la misma pena. El artículo 369 establece una serie de agravantes de este delito, siendo las más importantes:

- Facilitar las drogas a menores de 18 años.
- Ser de «notoria importancia» la droga aprehendida.
- Que los hechos sean realizados en establecimientos abiertos al público por sus responsables o empleados.

Si no existen agravantes y se carece de antecedentes penales, lo normal es que la pena no pase de los dos años, con lo cual no se ingresa en prisión. Si se incurre en una agravante, la pena mínima pasa a tres años, lo que significa ingreso en prisión y cumplimiento de al menos dos años. La multa varía según la cantidad aprehendida, y suele ser el doble del valor que alcanzaría en el mercado negro la droga incautada; la marihuana se valora generalmente a 3 euros por gramo.

6.2. El cannabis no perjudica la salud ni crea adicción

La otra batalla a favor del cannabis está en convencer de que el consumo de cannabis es inocuo para la salud. Hay grupos de presión que intentan explicar los beneficios de consumir marihuana si se hace correctamente, e incluso argumentan que si no se hace correctamente no tiene ningún riesgo ni crea adicción ni toxicidad, ya que no se ha producido ninguna muerte por su consumo. Existe bastante literatura, por el contrario, que aporta datos que nos alejan de esa visión tan idílica (Quiroga, 2000; Ramström, 2004; Arias y Ramos, 2008), al igual que ocurre si escuchamos a los propios consumidores, cuya forma de uso nos recuerda en ocasiones a la automedicación de antidepresivos o ansiolíticos por parte de muchas mujeres o el uso de estimulantes y/o

alcohol por parte de los ejecutivos. Quizá el efecto más apremiante del cannabis haya que verlo en el uso que hace de él la población más joven, que se enfrenta a una serie de cambios en su proceso de crecimiento. La comodidad de colocarse con porros, evadirse de sus ansiedades y creer que el mundo les es adverso no es precisamente la actitud más saludable para estimular a los jóvenes a que potencien todas sus capacidades, habilidades sociales y autonomía personal. Buena parte de los consumidores son adolescentes, y están en plena formación académica y social, y en ese proceso el consumo de cannabis les crea una relación negativa con el aprendizaje y les hace sentir apatía por el mundo externo. Aunque en los mensajes difundidos desde la cultura procannabis suele haber una tendencia a defender la inocuidad de esta sustancia, en cualquier contexto de discusión medianamente serio existe un consenso a la hora de reconocerle algunos efectos negativos: esa información puede encontrarse en los materiales de difusión, en el material preventivo o incluso en páginas web defensoras del cannabis. El consumo que hacen los jóvenes está muy alejado del planteamiento idealista elaborado por las asociaciones procannabis. El consumo inteligente y selecto es propio de élites y de individuos que tienen una buena capacidad de gestión de sus riesgos. Pero eso no ocurre con la mayoría de la población, y menos aún con los jóvenes o los adolescentes, que están en proceso de formación, madurando como individuos y sujetos sociales (Calafat, 2000).

Como educadores debemos discrepar del discurso de aquellos que recurren al «argumento» del uso terapéutico para cultivar o consumir cannabis por su cuenta, así como para defender su legalización; hoy día existen productos farmacéuticos comercializados que contienen esta sustancia (THC y otros cannabinoides), que se consideran medicamentos y cuya prescripción y control deben corresponder únicamente al profesional sanitario.

Debemos tener presente que, como cualquier tóxico, su uso continuado no es inofensivo. Las investigaciones ya indican algunos efectos psicológicos negativos aunque se fume de vez en cuan-

do y el uso prolongado a largo plazo provoca daños orgánicos permanentes en el cerebro (Quiroga, 2000; Ramström, 2004).

6.3. Consumir cannabis no es perjudicial porque tiene poder terapéutico

Es éste uno de los mitos más fáciles de trabajar para el educador. En los últimos años se ha acrecentado la polémica acerca de la posible utilidad terapéutica del cannabis y sus derivados y la conveniencia de su prescripción médica en determinadas enfermedades o efectos secundarios de los procesos paliativos.

El debate acerca del cannabis como medicamento salió a la luz cuando en 1995 la publicación científica *The Lancet* resaltó los posibles usos terapéuticos del THC, abriendo nuevas vías de investigación sobre esta droga. Desde entonces, unos estudios han mantenido la línea terapéutica mientras que otros se han posicionado claramente en contra. El debate se mantiene abierto; entretanto, la afirmación de que el cannabis puede ser un medicamento resulta una línea argumental muy poderosa. La salud es una de las mejores etiquetas legitimadoras; por esa razón, es la más utilizada por la propia medicina cuando se abren nuevos campos que crean algún tipo de controversia social. La salud está de moda y resulta un argumento infalible para legitimar nuevas formas de intervención médica. Si se logra reafirmar el cannabis como una sustancia que tiene una función curativa y que contribuye a la mejora de la calidad de vida, su legitimación está asegurada. Por ello, los defensores del cannabis se acogen con fuerza a esa posibilidad, potenciando todas las publicaciones orientadas a presentarlo como medicamento. Nuevamente la estrategia de la cultura procannabis es considerar que las posibilidades terapéuticas del cannabis son pospuestas debido a la combinación de los intereses políticos y económicos de la industria farmacéutica, para los cuales esta sustancia sería un competidor. Para el movimiento procannabis la industria farmacéutica es consi-

derada uno de los grandes opositores a la legalidad del cannabis. La denuncia se orienta a que soborna indirectamente a médicos e instituciones. Ello puede ser o no cierto, pero se ampara en el hecho real de que la industria farmacéutica es poderosa y tiene verdadera capacidad de influencia política (Navarro, 1978). Sin embargo, también es cierto que el recurso del consumo de marihuana como medicamento es un subterfugio para lograr la legalización de esta sustancia por la puerta de atrás. El concepto de salud es tan amplio y flexible que, una vez que la marihuana esté legitimada como medicamento, lo estará para cualquier otro fin que se desee. El punto débil de la argumentación es que, nuevamente, hay una confusión interesada entre marihuana o cannabis y uno de sus productos activos, el THC, y que dentro de las posibilidades terapéuticas muchas veces no es suficiente o necesario fumar marihuana para conseguir los efectos (Calafat et al., 2000; Lorenzo y Leza, 2000).

Los principales procesos patológicos en los que bien el cannabis, bien los cannabinoides, parecen haber demostrado en grado variable alguna eficacia terapéutica son: náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia anticancerosa; espasticidad muscular: esclerosis múltiple, lesiones de médula espinal y trastornos del movimiento; dolor; anorexia; epilepsia; glaucoma, y asma bronquial.

De toda la información disponible sobre el posible uso terapéutico de los cannabinoides la más contrastada es la relativa a su eficacia en las náuseas y vómitos por la quimioterapia anticancerosa. Los cannabinoides son, sin duda, eficaces como agentes antieméticos en pacientes cancerosos tratados con quimioterápicos inductores de vómitos, y su efecto es comparable al de algunos agentes antieméticos convencionales. Algunas investigaciones han demostrado que fumar marihuana es más eficaz que tomar dronabinol administrado por vía oral (la absorción también se puede mejorar administrándolo en aerosol nasal) o nabilona (un análogo sintético del THC), quizá debido por una parte a que la absorción por vía

inhalatoria es más rápida que por vía oral y, por otra, a que la marihuana contiene otras sustancias que pueden reforzar el efecto del dronabinol (Schwartz et al., 1997).

Se está demostrando la capacidad de ciertos compuestos derivados del cannabis, como analgésicos, en personas con problemas de salud graves, como cáncer. Pero de ahí a pensar que fumando un porro se te quita el dolor de cabeza va un abismo. También la morfina tiene propiedades analgésicas, pero a muchos de los adolescentes no se les ocurriría consumirla para quitarse el dolor de cabeza. Las capacidades terapéuticas del cannabis se están aplicando en campos muy concretos que no tienen nada que ver con los contextos recreativos o de ocio en que lo hacen los adolescentes jóvenes y no tan jóvenes.

Son ciertas informaciones sesgadas de forma interesada por algunos grupos las que nos han llevado a hablar del «porro terapéutico». El descubrimiento de los receptores cannábicos y de los ligandos endógenos en el cerebro ha provocado de nuevo el interés del mundo científico por esta droga. El estado actual de las investigaciones y ensayos clínicos acerca de las posibles posibilidades terapéuticas ha llevado a ciertos grupos, interesados por diversos motivos en la legalización del consumo del cannabis, a proclamar dichos beneficios, lo que se ha divulgado a la sociedad de manera parcial y vaga. Consideramos que el estudio del cannabis como alternativa terapéutica debe continuar, pero ajustándose al método científico, informando de los riesgos de su uso a medio y largo plazo, sobre todo a nivel inmune y respiratorio, y además dando cuenta de las consecuencias neuropsicológicas que puedan aparecer.

Es de gran importancia tener en cuenta la vía de administración de los cannabinoides. En principio, la vía inhalatoria (fumar cannabis en forma de «porros») es la más rechazable debido a los numerosos compuestos tóxicos del propio humo, y más si se fuma hachís con tabaco. El humo resultante de la combustión provoca la formación de carboxihemoglobina, lo que reduce de forma significativa el transporte de oxígeno de la sangre.

La pregunta a la que deben responder los potenciales consumidores o los propios consumidores es: *¿qué enfermedad o patología padece y qué médico le ha recetado fumar marihuana o porros?*

6.4. Consumir cannabis te hace más sociable y más creativo

Respecto a esto, podría invertirse la pregunta: ¿necesitas consumir cannabis para ser más simpático/sociable? Esto está muy relacionado con la autoeficacia percibida para las relaciones sociales. Si el mediador se encuentra con sujetos que utilizan el cannabis para sentirse más cómodos en el ámbito de las relaciones sociales, le resultará fácil ser consciente de que uno de los objetivos a alcanzar con estas personas será mejorar las habilidades sociales, de manera que no necesiten consumirlo para relacionarse con otros. Como podemos suponer, las expectativas y la autosugestión son las que influyen de manera más determinante en los efectos: si un sujeto cree firmemente que será más sociable si consume cannabis, es muy probable que acabe siéndolo... porque se lo esperaba, no por el efecto en sí de la sustancia.

En la construcción social de la cultura del cannabis se crea un cierto parentesco con el LSD y el éxtasis. Todas ellas son sustancias que forman parte de movimientos musicales y culturales y que se hallan vinculadas a situaciones íntimas de experiencia grupal, de transmisión de afecto, de búsqueda mística y de acto creador. La revista *Cáñamo* dedica un espacio importante a la música, en especial a aquellos grupos o estilos que tienen cierta relación con el cannabis. Ésta puede ser muy diversa: desde letras de canciones que defiendan abiertamente la causa de esta droga hasta posibles afinidades entre el estilo musical y la cultura del cannabis (Calafat et al., 2000).

En general, no sólo al cannabis sino a las sustancias psicoactivas en general se les atribuye la capacidad de incrementar la creatividad; algunos artistas han afirmado que su creatividad ha mejorado gracias al consumo de sustancias. Pero eso no supone necesariamente que sea así, porque

una vez más nuestras expectativas nos pueden. Así ocurre con el consumo de alcohol, por ejemplo, con el que se ha demostrado que las expectativas influyen de manera más determinante que el hecho de consumir o no. Atribuirle al consumo de cannabis u otras drogas la potenciación de la creatividad es poco realista, en la medida en que influyen más las expectativas que otra cosa.

6.5. Lo recetan los médicos en Estados Unidos

Este mito no se sostiene bajo ningún concepto. Existe una asociación bien establecida entre el consumo de marihuana y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La administración de marihuana a corto plazo provoca broncodilatación y a largo plazo se asocia a obstrucción del flujo aéreo, tos crónica, bronquitis y disminución de la tolerancia al ejercicio. Los fumadores habituales de tres o cuatro cigarrillos/día de marihuana presentan anomalías histológicas equivalentes a las que aparecen en fumadores de aproximadamente 20 cigarrillos de tabaco al día. Esto se debe en parte a que la marihuana y el tabaco se fuman de forma diferente. Los fumadores de marihuana inhalan más profundamente y retienen durante más tiempo el humo, lo que equivale a cuadruplicar el volumen del fumador de cigarrillo. Los valores de carboxihemoglobina y de alquitrán son entre tres y cinco veces mayores en un cigarrillo de marihuana que en uno de tabaco. Una revisión reciente ha mostrado que el hecho de fumar marihuana se asocia a cambios premalignos en el pulmón. El benzopireno, un hidrocarburo policíclico aromático que se encuentra tanto en el tabaco como en la marihuana, está implicado en mutaciones relacionadas con el cáncer de pulmón (Tetrault et al., 2007).

Bachs et al. (2001) realizaron un análisis post mortem de seis pacientes con muerte súbita tras consumir cannabis y no encontraron otra causa ni otra droga excepto el cannabis. Así, apuntan a un origen cardíaco, isquémico y/o arritmico como causa de la muerte en los seis casos.

Por otra parte, los efectos de la marihuana y el tabaco parecen ser aditivos, por lo que sería recomendable, además del consejo contra el consumo de tabaco, sensibilizar a los pacientes, y a los jóvenes en particular, de los efectos nocivos de la marihuana (Irigara et al., 2009).

6.6. Consumiendo cannabis te diviertes más/te relajas

Aun cuando se pueda dar el caso, nada garantiza que sea así: las expectativas de la persona, el contexto en el que se da el consumo y la propia situación del adolescente influirán de forma decisiva en los efectos del consumo. Hay jóvenes que fuman un porro en una reunión de amigos y se amuerman, mientras que otros fuman uno solos para relajarse y, sin embargo, se excitan. Los efectos son más impredecibles de lo que algunos consumidores desearían, y la diversión no depende de la sustancia, sino más del individuo y su predisposición.

6.7. La droga de la diversidad y del desarrollo de Marruecos

El binomio drogas y desarrollo no puede ser fácilmente disociado. Incluso si desapareciera la demanda en los países consumidores, aspecto muy improbable, esto no solucionaría los problemas de muchos países productores. Por tanto, la cooperación al desarrollo es un elemento fundamental cuando se quiere actuar sobre este problema. La cooperación técnica y financiera, la formación y capacitación de los agricultores, así como la cooperación con Naciones Unidas y la Unión Europea, son elementos básicos cuando se pretende, a través de diferentes proyectos internacionales, sustituir los cultivos ilegales de cannabis por otros alternativos y tradicionales en la zona del Rif. Nunca las medidas exclusivas basadas en la represión han demostrado ser eficaces, si no se interviene con una visión integral de desarrollo humano sostenible. Aunque el fenómeno de la

droga es universal e inherente a la historia de la humanidad, hoy día los problemas derivados de ella constituyen desafíos en un mundo cada vez más globalizado en el que el tráfico está controlado por redes transnacionales ligadas a acciones de criminalidad (McLiman, 2002).

En general, cuando existen problemas de desarrollo, éstos fomentan en dichos países la producción, el consumo y el tráfico de drogas ilegales. Además, los problemas relacionados con la droga aumentan la pobreza y agravan los problemas de salud, y otros problemas de desarrollo, e influyen negativamente en las condiciones básicas de un desarrollo humano sostenible. Esta situación es válida para ciertos países pero no es homologable al resto del mundo implicado en la producción (Labrousse y Romero, 2001).

Lo que es innegable es que cada vez que alguien compra hachís o marihuana de forma ilegal está, en cierta medida, contribuyendo a mantener un negocio en el que tanto los pequeños como los grandes narcotraficantes se enriquecen y al mismo tiempo abocando a que cientos de agricultores y sus familias no puedan centrarse en otro tipo de cosechas por la presión de los narcos.

7. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS ENTRE LOS MÁS JÓVENES

7.1. El cambio de la percepción normativa como objetivo para la prevención

Las creencias normativas son especialmente importantes en la población juvenil que consume cannabis, ya que tienden a extrapolar el nivel de consumo de sus iguales inmediatos identificándolo con la «normalidad», y por ello sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias. Esto puede traducirse en procesos de selección de iguales que consumen sustancias (EMCDDA, 2009).

El consumo de cannabis se ha convertido en muchos países, y principalmente en España, en un fenómeno social y cultural relevante, muy asociado a diversos estilos de vida. La extensión de su uso en Occidente depende justamente de esta

asociación profunda a elementos socioculturales. En los años sesenta y setenta fue su asociación con la cultura hippie lo que ayudó a afianzar el consumo masivo que desde entonces han venido haciendo los jóvenes. Aunque actualmente ya no se puede afirmar que el cannabis no produce dependencia ni adicción, es cierto también que su extendido consumo no depende tanto del desarrollo de una dependencia física, y sí más de un papel sociocultural que desde hace unas décadas desempeña el cannabis.

Las normas *inductivas* (lo que debe hacerse) definen lo que debe hacerse en una determinada situación. Son conductas que según nuestra percepción son aprobadas por otras personas. Las normas *descriptivas* (lo que se hace efectivamente) son aquellas que indican lo que realmente hace la gente en un contexto determinado, independiente de la aprobación. Estas normas, en su mayoría implícitas, determinan cómo nos comportamos en la sociedad *sensu lato* y qué hacemos para adaptarnos a ciertos grupos a los que queremos pertenecer (Perkins y Berkowitz, 1986). Normas subjetivas (¿qué dirán los otros?) son en este contexto las valoraciones percibidas de los otros sobre las conductas propias. En las situaciones en que las normas son implícitas, impuestas por unos pocos y no abiertamente discutidas, o cuando se da una percepción errónea de ellas, todas las personas pertenecientes a un grupo se adhieren a la norma descriptiva percibida sin concordar con ella porque piensan (erróneamente) que los otros la respaldan. Este fenómeno de la *ignorancia pluralista* fue descrito por Prentice y Miller (1993) justamente respecto a rituales de borracheras en campos universitarios americanos. Estas variables son importantes para entender procesos sociales, sobre todo en grupos de pares de adolescentes (Burkhart, 2009).

En este sentido, a la prevención del cannabis se le plantea un importante desafío, pues realizar una política preventiva basada exclusivamente en una actuación en el ámbito escolar resultaría exiguo; por ello se deben buscar y conseguir cambios en las normas, en los procesos sociales profundos para aumentar la percepción de los

riesgos que acarrea el consumo de cannabis. En algunos países europeos y en casos aislados, ya no sólo se hace hincapié en alertar sobre los riesgos de las drogas, sino también en el marketing social: se intenta cambiar la percepción de las normas descriptivas sobre el consumo de cannabis y reducir la ignorancia pluralista. Así pues, por ejemplo en los Países Bajos una campaña transmitió el siguiente mensaje: *Que no fumes cannabis no significa que estés loco, pues el 80 por 100 de los jóvenes tampoco fuma*. De este modo, la campaña se concentró en creencias normativas con historias reales y positivas sobre jóvenes en vez de alertar y recurrir a imágenes del uso y sus consecuencias. La evaluación (Wammes et al., 2007) mostró que se reforzaban las normas sociales contra el cannabis. Igualmente, algunas estrategias del marketing social en ciertas telenovelas alemanas se dirigen a creencias normativas sobre cannabis y cocaína. De igual forma, en Irlanda la campaña nacional de prevención del consumo de drogas intenta desterrar algunos de los mitos que rodean al cannabis, como por ejemplo la afirmación de que se trata de una sustancia «orgánica» y «natural» (Burkhart, 2009).

Para lograr que disminuya el consumo de cannabis debemos recorrer en sentido inverso el camino trazado hasta ahora, es decir, disminuir la tolerancia social, aumentar la información sobre los efectos negativos que produce esta droga sobre la salud, contrarrestar la presión de la cultura procannabis y descubrir y luchar contra los intereses económicos importantes que sostienen el consumo. Se trata de seguir los mismos pasos que se han seguido y se siguen en la actualidad contra el tabaco. La máxima dificultad reside en cómo conseguir la complicidad de los medios de comunicación, que han sido y están siendo una de las piezas clave a la hora de desmontar la estrategia protabaco.

La disponibilidad de una droga ejerce un importante papel: considerando sólo a los que han usado alguna droga, entre la primera oportunidad u ofrecimiento de consumo y la primera vez que la probaron transcurrió menos de una año (Van Etten y Anthony, 1999).

Otro aspecto importante es cómo intervenir en el entramado sociocultural que sostiene al cannabis y las otras drogas asociadas al ambiente nocturno y recreativo. Lo recreativo se ha erigido en un valor positivo de primer orden, así que resulta difícil introducir mensajes preventivos cuando todo el mundo tiende a ver las actividades lúdicas como exentas de peligro. Las drogas recreativas, entre las que el cannabis es la más importante junto con el alcohol, tienden a ser vistas en positivo, como una tecnología facilitadora de experiencias de ocio. Las polémicas alrededor de la prohibición o legalización del cannabis desvían energías y retrasan la visión del consumo de cannabis como un problema de salud pública y la puesta en marcha de medidas preventivas (Amen-gual, 2000).

7.2. Características de las prácticas preventivas en relación con el cannabis

Las prácticas preventivas no reflejan un tratamiento especial para el cannabis. En efecto, de los programas de prevención identificados por el Observatorio Europeo tan sólo una escasa minoría van dirigidos exclusivamente a la prevención del uso del cannabis. En su mayoría se dirigen a prevenir el uso excesivo, y sólo en última instancia persiguen la abstinencia total. Los materiales informativos que se editan incluyendo las drogas más usadas suelen incluir el cannabis. La modalidad informativa que constituyen las líneas de apoyo telefónico también ofrecen asistencia en relación con el cannabis. No se ha encontrado, no obstante, ninguna de tales líneas que se dedique en exclusiva a los usuarios del cannabis. Los profesionales debaten la pertinencia o no de crear programas específicos; la misma cuestión se plantea en los servicios de tratamiento, donde se considera la posibilidad de ofrecer asistencia en el marco de otras intervenciones no específicas. En general, puede considerarse que la política de drogas en la Unión Europea mantiene un equilibrio entre la represión y la tolerancia. Por un lado, se intenta controlar los efectos dañinos del

consumo de drogas, y, por otro, se trata de controlar la oferta y disponibilidad de drogas a través de disposiciones legales y represivas, si bien la introducción de medidas alternativas a la represión es una práctica que se ha venido desarrollando en los últimos tiempos. En efecto, las medidas alternativas a la prisión en casos de posesión y consumo de cannabis constituyen una de las tendencias comunes más claramente marcadas en los estados miembros de la Unión Europea. Este hecho se produce paralelamente al incremento de arrestos policiales en relación con la posesión y consumo de cannabis. En este contexto conviene citar que el cannabis puede ser detectado en la orina dos semanas después de su uso, incluso durante un período más largo en el caso de consumidores crónicos. Este período es considerablemente mayor para el cannabis que para otras drogas, cuya detección en orina oscila entre uno y tres días.

El Observatorio Europeo aún no ha analizado suficientemente cómo se aplica la política de drogas en relación con el cannabis. Para ello sería preciso llevar a cabo estudios que analizaran datos referidos a la policía y al sistema judicial más en detalle. Teniendo en cuenta que la entrada por vez primera en la prisión aumenta para un individuo considerablemente las posibilidades de iniciar el círculo prisión-libertad-prisión, estas medidas pueden considerarse benéficas en términos preventivos globales y con un impacto positivo en la salud pública.

El Estudio UE-DAP, un ensayo multicéntrico europeo en el que participaron unos 7.000 escolares de 12 a 14 años de edad en siete estados miembros de la UE, ha contribuido al desarrollo de la investigación en el campo de la prevención y ha demostrado que las intervenciones pueden obtener resultados similares en otros países europeos y en otros continentes. Con el programa *Unplugged*, impartido en 12 sesiones, se consiguió una reducción significativa del riesgo de consumo de tabaco, alcohol y cannabis al cabo de un año. *Unplugged* trata de corregir las creencias normativas que existen sobre el consumo de sustancias, además de facilitar información sobre drogas y

formación en habilidades para la vida. Los efectos beneficiosos del programa persistieron en el seguimiento realizado a los 18 meses en lo referente a los episodios de consumo excesivo de alcohol y el consumo frecuente de cannabis en los últimos 30 días, mientras que el efecto a corto plazo en el consumo diario de tabaco se había desvanecido. Los resultados del seguimiento del segundo año demuestran una significativa reducción de riesgo para borracheras frecuentes y de un 26 por 100 para consumo frecuente de cannabis (Faggiano et al., 2010). Un análisis de mediación demostró que los resultados sobre el consumo de cannabis se debían sobre todo a la corrección de creencias normativas, de las expectativas positivas sobre la sustancia y de las actitudes positivas hacia las drogas ilegales.

7.3. Medidas educativas

Los datos indican que no parece justificado emprender programas de prevención específica del consumo de cannabis, aislados de las otras drogas. Los consumidores de cannabis no poseen características que les diferencien de los consumidores de otras drogas, al menos en las primeras etapas del consumo. No parece que exista un riesgo específico que predisponga al consumo de cannabis. Mientras no dispongamos de otras evidencias, hay que pensar que existe un riesgo general de consumo de drogas que se orienta hacia una u otra en función de la disponibilidad de cada una de ellas y de la experiencia previa con otras sustancias. En cualquier caso, lo que sí parece importante es incidir en los riesgos del policonsumo (Amengual, 2000).

El inicio del consumo de cannabis generalmente se establece con posterioridad al consumo de alcohol y tabaco; cuanto antes se empieza con estas drogas, mayor es el riesgo de uso de otras sustancias y, además, más se incrementa la probabilidad de alcanzar niveles elevados de adicción. Según muestran los datos, la siguiente droga que hace su aparición es el cannabis, y bastante más tarde las diversas sustancias derivadas de las an-

fetaminas y de las que se denominan, más propia o impropriamente, drogas de diseño.

Para la mayor parte de adolescentes, la disponibilidad de una droga aumenta la probabilidad del primer consumo; la probabilidad de repetir el consumo de una droga determinada es más elevada después de un primer consumo experimental: el consumo frecuente de una droga de bajo nivel de riesgo percibido (como las drogas legales) aumenta la probabilidad de recibir incitaciones para tomar drogas del siguiente nivel, y la repetición de incitaciones aumenta la probabilidad del primer consumo; la probabilidad de repetir el consumo de una droga determinada es más elevada después de un primer consumo experimental; el uso frecuente de una droga de bajo nivel de riesgo percibido (como son las drogas legales) aumenta la probabilidad de recibir incitaciones para consumir sustancias del siguiente nivel; la repetición de estas incitaciones aumenta la probabilidad de que se acepte, etc. (Calafat et al., 1989; Amengual et al., 1993). Una primera conclusión útil para la prevención es que ésta debe empezar por las drogas legales o, por lo menos, por aquellas que los destinatarios del programa sean más proclives a consumir.

Pero, además, estos datos merecen otras reflexiones. Es notorio que el consumo de drogas empieza con el alcohol y tabaco, que son drogas legales e institucionalizadas, a unas edades en que está prohibida su venta a los jóvenes. No es, por tanto, el caso de un comercio ilegal y clandestino, sino una práctica que llevan a cabo ciudadanos a los que no se les conoce ningún interés en producir perjuicio a los jóvenes.

Lo que esto pone de manifiesto es que existe un determinado grado de tolerancia familiar y social cuya modificación puede constituir un importante objetivo preventivo, ya sea mediante medidas de refuerzo de la normativa y de vigilancia de su cumplimiento, de apoyo a la función de control familiar o de fomento de alternativas de uso de tiempo libre y de consumo por parte de los jóvenes.

En un seguimiento de adolescentes a un año y a cuatro años se ha visto que el nivel de consumo

de tabaco puede predecir el de alcohol un año después, y que aquellos que incrementan su consumo de tabaco también aumentan el de alcohol durante los siguientes cuatro años. Pero el uso de tabaco es mejor predictor del consumo de cannabis que del de alcohol; los mayores fumadores de tabaco no sólo se manifiestan más fácilmente como consumidores de cannabis al cabo de un año, sino que también aumentan más rápidamente su consumo de cannabis en los siguientes cuatro años (Duncan et al., 1998).

Morales et al. (2011), basándose en un estudio para determinar las creencias y motivos asociados al consumo y no consumo de cannabis en escolares, realizan la siguiente propuesta de estrategias preventivas:

- a) Impartir información o reforzar ideas sobre los efectos adversos a corto y largo plazos del consumo de cannabis, especialmente sobre aquellos más específicos o impactantes para la población joven adolescente, como son el bajo rendimiento escolar, la dependencia, padecer síntomas depresivos y tener cambios neurobiológicos durante la fase de desarrollo del cerebro, entre otros. Es importante enfatizar que los efectos adversos pueden ocurrir aun cuando se percibe que se controla el consumo.
- b) Instruir sobre técnicas de relajación (por ejemplo, entrenamiento autógeno de Schultz o relajación progresiva de Jacobson) u otras formas alternativas de relajación y sobre habilidades de afrontamiento del estrés con el fin de evitar el consumo y para relajarse u olvidar los problemas, facilitando manuales de instrucción y habilitando espacios y horas didácticas para su instrucción y práctica.
- c) Ofrecer alternativas de actividades de ocio o recreación no asociadas al consumo de sustancias (como estar en la calle, bares o discotecas) y basadas en los intereses de los adolescentes. A menudo, una de las carencias de este tipo de actuaciones es que

se basan en lo que los adultos perciben que puede interesar a la población joven y no en las preferencias reales de este grupo poblacional (Olivar y Carrero, 2007).

Los motivos significativamente asociados con el consumo ocasional de cannabis son olvidar los problemas, relajarse y divertirse; y con el consumo diario, relajarse y divertirse. Por tanto, motivos relacionados con la reducción de tensión (relajarse u olvidar los problemas) y la diversión parecen ser los alicientes potenciales para continuar el consumo una vez probada la sustancia. Estos datos son consistentes con estudios llevados a cabo en España en los que la principal razón para continuar el consumo una vez probado el cannabis es buscar sentirse mejor y olvidar los problemas, bailar o divertirse y como relajante. Se ha demostrado que consumir cannabis como forma de diversión y relajación es la única actitud favorable para su uso entre adolescentes españoles, y aun cuando puede parecer contradictorio que se recurra a él porque procure diversión y relajación, son dos de los efectos más buscados por los consumidores de esta sustancia (Plancherel et al., 2005).

Las medidas de prevención deben considerar aquellos factores que tienen un impacto directo en los estados emocionales, sobre todo de malestar o estrés, y que influyen directamente en el surgimiento de los motivos para el consumo de cannabis. Sería favorable evaluar, por ejemplo, si existe un desequilibrio en el tiempo dedicado a las actividades escolares y las lúdicas o de ocio, si se consagra una atención excesiva a ciertos programas televisivos o publicidad que puedan aumentar los niveles de estrés y/o favorecer las actitudes positivas hacia el consumo o si se dispone de poco tiempo libre o de ocio para compartir con los progenitores o familiares durante la semana (ya sea bien por exceso de horas de trabajo de los progenitores, bien por actividades escolares de los adolescentes). Destacar también que entre los jóvenes/hombres escolarizados, medidas externas, como son los precios altos, resultan más eficaces para incitar a no probar el cannabis, además de las convicciones personales de tipo moral.

Por otro lado, entre las jóvenes/mujeres, se muestra una mayor influencia de los motivos personales relacionados con los sentimientos de bienestar y el conocimiento de formas alternativas de ocio (Morales et al., 2011).

Debemos tener también presente que los motivos más frecuentemente señalados por los adolescentes para no consumir cannabis son: porque perjudica la salud física y mental, porque no es necesario para tener sentimientos de bienestar y porque hay formas de diversión que no requieren consumir drogas. Estos resultados son consistentes con estudios previos nacionales e internacionales. El «porque las drogas dañan la salud» es un motivo importante de los adolescentes para rechazar su consumo. Asimismo, un factor que diferencia a los sujetos que sólo experimentan los efectos del cannabis de los consumidores actuales es desarrollar actividades recreativas diferentes al consumo; y existe menos probabilidad de consumo cuando existen actividades de tiempo libre diferentes de estar en la calle, en bares o discotecas (Morales et al., 2008; Guxens et al., 2007).

Sin embargo, cualquier medida preventiva debe enmarcarse en una política más amplia de actuación a nivel nacional que contrarreste especialmente la información sesgada que la población recibe sobre el consumo de cannabis (que puede explicar el descenso en la percepción de riesgo y el ascenso del consumo en los últimos años en España) a través de una estrategia informativa global y continuada (Comas et al., 2007).

Es necesario contextualizar nuestras intervenciones, y para ello debemos saber que los consumidores de cannabis (como los de alcohol) tienden a reunirse significativamente más a menudo en bares, parques, botellones, mientras que los consumidores de éxtasis prefieren las discotecas. De esta manera, los programas de reducción de riesgos tienen mayor probabilidad de alcanzar a su público si se despliegan en estos lugares. Por otra parte, la motivación principal de los jóvenes para salir de su casa es encontrarse con los amigos o escuchar música. La importancia del grupo como lugar de intercambio, de socialización, de incorporación de valores y de hábitos diversos es

primordial. Y esto tiene una importancia tanto para los objetivos como para las estrategias. No puede esperarse de un programa preventivo que aparte al joven de lo que es un medio para la formación de su identidad. Los programas que pretenden hacer del joven un individuo al margen de las tendencias de un grupo de referencia están condenados al fracaso; por ello dotarlos de estrategias para resistirse a la presión del grupo debe ser un componente fundamental de los programas preventivos.

De lo que se trata, tal vez, es de intentar cambiar la referencia normativa del grupo y aprovechar siempre las fuerzas que pone en funcionamiento la dinámica grupal, a favor de los objetivos preventivos. El atractivo del cannabis es importante. Pero también sabemos de qué manera arrastra el deseo percibido. El valor que conferimos a un objeto aumenta cuando creemos que los demás lo valoran. Este efecto es bien conocido tanto en economía como en psicología social (el fenómeno de la universalización). El riesgo del consumo no depende sólo de las características de la sustancia. También depende de la significación psíquica y social que se le atribuya.

La evaluación de los programas preventivos en la escuela permite concluir que este tipo de programas logran retrasar la edad de inicio del consumo y reducirlo cuando éste ya existe. Estos programas van en su mayoría enfocados a la prevención del consumo del tabaco y el alcohol, que son las principales drogas de inicio. Los esfuerzos que se hacen en la prevención de las drogas legales tienen una importancia enorme en la prevención de las ilegales (Cuijpers et al., 2002).

Actualmente los programas de prevención escolares en España se encuentran con serias dificultades para su implementación. Aunque anualmente se llega con acciones preventivas a algo más de 500.000 alumnos anualmente, en muchos casos se trata sólo de acciones puntuales (charlas, conferencias, talleres, etc.) y sin capacidad preventiva real. Es difícil tanto la formación del profesorado como su implicación en la aplicación de programas en el aula al no estar de ninguna manera reglada esta cuestión.

Para la prevención del consumo de cannabis en la población de adolescentes y jóvenes escolarizados es necesario instaurar o reforzar las creencias sobre los efectos adversos del consumo de cannabis, tanto para la salud física y mental del consumidor como para su entorno social, y la creencia de que los efectos adversos pueden presentarse aun cuando se percibe que se controla el consumo. Dado que consumir para divertirse, olvidar los problemas y relajarse son motivos potenciales para continuar el consumo de cannabis una vez probado, en los programas preventivos es relevante instruir y facilitar conductas de ocio no asociadas al consumo, formas alternativas de relajación y hábitos de afrontamiento del estrés ante estresores familiares, de la escuela o del entorno social del joven (Morales, 2011).

7.4. Medidas familiares

En la investigación sobre factores de riesgo y protección la influencia de la familia es crucial: es el mayor y más importante entorno de protección, pero también el principal factor de riesgo cuando las condiciones son adversas. En los últimos años los planes de drogas han potenciado programas de prevención dirigidos a los padres. En las intervenciones preventivas escolares cada vez cobra más importancia el componente familiar, ya que los padres desempeñan un papel muy importante en la educación para la salud de los hijos. Es muy importante que la escuela se ocupe de informar a los padres de sus alumnos de modo que estén capacitados para ejercer un papel específico en la educación sobre las drogas, facilitándoles la formación necesaria para mejorar sus habilidades de comunicación, el conocimiento de sus hijos, el establecimiento de normas, etc. (Soldano et al., 1997; Calafat et al., 1999). Proporcionar apoyo a las familias se considera una estrategia clave en el abordaje de diversos problemas sociales, tales como la delincuencia o el consumo de drogas, ya que los adolescentes cuyos padres se involucran en su educación tienen menor probabilidad de desa-

rollar conductas problemáticas (Henricson et al., 2000; Sanders, 2000).

La media de padres que participan anualmente en este tipo de programas en España en los últimos años es de 30.000. Estos programas encuentran serias dificultades para lograr la captación y participación de este colectivo. La tasa de participación de las familias en los programas de prevención del consumo de drogas es, con frecuencia, muy baja (Al-Halabi et al., 2009; Pérez et al., 2008). La sensibilización de los padres sobre su importante papel en la prevención del consumo de drogas en sus hijos es crucial, pero además se trata de dotarles de las capacidades para actuar contra una situación de facto que les bloquea, pues por un lado está toda la cuestión mediática procannabis y por el otro los propios adolescentes, entre los que el consumo está muy extendido y que tienden a justificarlo y a defenderlo (Solé, 2004).

8. PREVENCIÓN AMBIENTAL: NORMATIVAS Y POLÍTICAS REGULADORAS

Entendemos por prevención ambiental aquellas estrategias preventivas que se dedican a alterar los contextos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos que influyen en la toma de decisiones de los individuos sobre su consumo de sustancias. Esta perspectiva ecológica toma en cuenta que los individuos no se involucran en el consumo de drogas únicamente por características personales o sociales. Más bien se cree que las personas reciben influencias de un conjunto complejo de factores en el entorno social en el que viven, como por ejemplo las conductas que se consideran normales, esperadas o aceptadas en sus comunidades, o las normas, las leyes y la economía del estado donde viven, los mensajes publicitarios a los que están expuestas y la disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, así como las posibilidades de desarrollarse, crecer y realizarse. Además, ya se sabe desde hace tiempo que los sistemas de control para las drogas legales (como el incremento de precios, la restricción de acceso a ellas a

personas menores de edad, el control de la accesibilidad a la sustancia y de la publicidad o penalización del consumo abusivo) son eficaces cuando se ponen en marcha correctamente (Burkhart, 2009).

A partir de las revisiones de la literatura científica encontramos que los factores de riesgo y protección que mejor explican el consumo precoz de drogas son los contextuales/ambientales: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados (Becoña, 2002). Las estrategias preventivas ambientales por lo general suelen ser más efectivas que las clásicas medidas preventivas que intentan disuadir individualmente a las personas para que cambien sus comportamientos respecto del alcohol y del tabaco. Es evidente que el concepto de medidas ambientales se aplica casi exclusivamente al alcohol y al tabaco, ya que las otras drogas son ilegales y por eso están más firmemente controladas. Se ha demostrado recientemente que elevar el precio del alcohol y del tabaco y/o la edad legal para su consumo tiene efectos positivos para reducir el consumo (prevalencia y cantidad) y los problemas asociados (Wagenaar et al., 2005).

Comparadas con las estrategias dirigidas a la persuasión de los individuos, hay muchas más pruebas de eficacia de esas políticas que regulan el mercado del alcohol, y hay creciente evidencia que respalde la adopción de medidas que alteren los contextos del consumo (Anderson y Baumberg, 2006). Países como Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Alemania, Lituania, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia, Eslovaquia y Noruega informan actualmente de la existencia de estrategias basadas en la comunidad sobre impuestos adicionales o leyes que regulen la disponibilidad del alcohol. Igualmente, las multas introducidas en 2007 en Ámsterdam por el consumo de cannabis en público (45 € mínimo) son un ejemplo de una medida ambiental que pretende imponer normas inductivas sobre el consumo de esta sustancia en la vía pública.

Existe toda una corriente de investigación que pretende dilucidar si las políticas reguladoras de

alcohol y tabaco tienen efectos sobre el consumo de cannabis. Hay indicios que señalan efectos positivos colaterales posiblemente debidos a creencias normativas modificadas. Algunos estudios aislados han demostrado que unos precios más altos de tabaco disminuyen la intensidad del uso de la marihuana y posiblemente también tengan un efecto moderado sobre el propio consumo de cannabis entre individuos de sexo masculino (Farrelly et al., 2001). Además, existe una clara interrelación entre las trayectorias del consumo de cannabis y las del tabaco (Ogilvie et al., 2005, Vega y Gil, 2005). El consumo de cannabis en Europa es mucho más frecuente entre fumadores de tabaco; pero una revisión de estudios prospectivos (Mathers et al., 2006) concluyó que la conexión entre uso de tabaco en adolescentes y el consumo subsiguiente de cannabis no es convincente, y que los efectos del consumo de tabaco sobre el de drogas ilícitas se desvanece cuando se ajusta mediante factores de riesgo subyacentes.

Existen razones para creer que la demanda por alcohol, tabaco y cannabis está relacionada. Saffer y Chaloupka (1998) plantean que existe un reforzamiento entre el alcohol y las drogas ilícitas, es decir, el consumo de ambas drogas simultáneamente tiene mayor utilidad que la suma del provecho del consumo de cada una de ellas por separado.

Estudios realizados en Estados Unidos han respaldado la hipótesis de que la demanda por cannabis presenta una «pendiente negativa» (como las curvas de demanda tradicionales), es decir, responde a su propio precio (a mayor precio, menor consumo), y que se ve afectada frente a cambios en los precios (o no) de otras sustancias de abuso como el alcohol, el tabaco y la cocaína. La evidencia respecto de la relación entre el cannabis y estas drogas *complementarias y/o de sustitución* no es homogénea, lo que concuerda con la evidencia médica que avala que muchos consumidores son policonsumidores de distintas drogas en ocasiones porque pueden provocar los mismos efectos (sustitución de una por la otra) y, a la vez, hay efectos que se potencian si se consumen de forma combinada (complementariedad).

En Australia la demanda de marihuana fue estimada a partir de las encuestas generales de consumo, de las cuales se extrae que cannabis y alcohol son «sustitutos», ya que el aumento del precio del segundo incrementa la probabilidad de uso de cannabis. El coeficiente del precio del tabaco es negativo (complementariedad), pero no es significativo (Cameron y Williams, 2001).

Saffer y Chaloupka (1998) encuentran una relación negativa entre el consumo de cannabis y el precio del alcohol, con lo que concluyen que son complementarios. Farrelly et al. (1999) detectan una relación negativa entre el consumo de cannabis y los precios del alcohol y del tabaco, pero sólo en los jóvenes.

9. PROGRAMAS

Los programas más utilizados para la prevención del consumo de cannabis en España son:

1. Programa de prevención del consumo del cannabis: «Déjame que te cuente algo sobre... los porros»

Este programa es esencialmente educativo y está basado en el tratamiento del «sistema de creencias» que los jóvenes tienen acerca del cannabis. Tiene como destinatarios preferentemente a alumnos de 2.º y 3.º de ESO.

Sus objetivos son:

- Identificar las ideas erróneas más extendidas del grupo sobre el cannabis.
- Proporcionar una información objetiva y realista que contrarreste dichas ideas.
- Promover la reflexión en los jóvenes en torno a las consecuencias y riesgos asociados al uso del cannabis.
- Favorecer la evaluación de los jóvenes sobre los beneficios y los costes asociados al consumo de esta sustancia.

La evaluación de eficacia del programa para crear actitudes contrarias al consumo del canna-

bis arroja resultados positivos, ya que el grupo de jóvenes que recibió el programa superó en casi todas las variables al grupo que no lo hizo, mejorando sus actitudes hacia el cannabis en el sentido de:

- Corregir errores de información sobre su inocuidad.
- Valorar más las consecuencias negativas de su consumo.
- Desmitificar las bondades y utilidades de esta droga.

Para ampliar información sobre el programa y la forma de adquirirlo, consultar la página web www.atिकासerviciosdesalud.com.

2. Programa de prevención del consumo de cannabis «xkpts.com»

El «xkpts.com» es un programa de prevención del consumo de cannabis dirigido a adolescentes de 14 a 16 años. El nombre «xkpts.com» corresponde al juego de palabras resultante del significado de «peta» en el argot juvenil, «porro» en catalán, y del verbo «petar», que en catalán significa «explotar» (la pronunciación es «per_que_petas_punt_com»). Este programa pretende aumentar los conocimientos sobre los efectos y las consecuencias del consumo de cannabis, identificar la presión social para consumir y promover las habilidades para rechazar su consumo. La intervención consta de un total de 16 actividades preventivas enmarcadas en cuatro sesiones. En cada sesión se incluyen unas *actividades principales*, de obligada aplicación, y otras *opcionales*, que refuerzan el efecto preventivo de las primeras. Dos de las sesiones se centran en la toma de decisiones en un marco general de prevención de drogodependencias (sesiones 1 y 4), y las otras dos, en la prevención específica del consumo de cannabis (sesiones 2 y 3). La sesión 2 se centra en la presión del grupo mientras que en la sesión 3 se entrenan habilidades de comunicación y de rechazo en situaciones específicas de oferta de cannabis.

Para ampliar información sobre el programa y la forma de adquirirlo, consultar la página web: <http://www.xkpts.com/documentacion.htm>. Programa de prevención del consumo de cannabis «xkpts.com» (protocolo, DVD y guía del educador). Agencia de Salud Pública de Barcelona, ed. Fundació Viure i Conviure de la Obra Social de Caixa Catalunya, Barcelona.

3. Programa de prevención para jóvenes con denuncias por posesión de drogas en lugares públicos: «Alternativa»

Programa de prevención selectiva dirigido a jóvenes que ofrece una formación como alternativa a la sanción por consumo o posesión de drogas en lugares públicos.

— *Objetivos:*

- Sustituir una sanción económica por una intervención educativa sobre drogas.
- Dotar a los participantes de una mayor capacitación para el análisis y el cambio de actitudes y creencias sobre las drogas.
- Favorecer en los jóvenes la adquisición de estrategias y habilidades para afrontar situaciones de riesgo.

— *Población destinataria.* Jóvenes de entre 12 y 25 años sancionados por tenencia o consumo de drogas en la vía pública

— *Forma de acceso.* Derivación a través de la Subdirección de Gobierno de Galicia.

— *Duración aproximada de la intervención.* Dos o tres sesiones de dos horas cada una.

— *Teléfono.* 981 54 29 97.

4. Programa de prevención indicada para consumidores de cannabis

— *Breve descripción.* Programa terapéutico y preventivo dirigido a reducir el consumo de cannabis independientemente del grado en que éste se dé.

— *Objetivos.* Evitar que el consumo experimental o continuado de cannabis genere complicaciones o se convierta en crónico.

— *Población destinataria.* Consumidores de cannabis y familiares de consumidores de cannabis.

— *Servicios que presta:*

- Información y asesoramiento para los jóvenes y sus familias.
- Sesiones terapéuticas individuales o familiares.
- Sesiones grupales para los consumidores o sus familias.

— *Contacto.* Teléfono: 986 85 14 89

Email: jlgonzalez@concellopontevedra.es.

5. Páginas web

— <http://www.erowid.org/plants/cannabis/>.

— www.samhsa.gov/shin.

— <http://www.socidrogalcohol.org/>.

Sitios web del NIDA:

— drugabuse.gov;
drugabuse.gov/nidaespanol;
backtoschool.drugabuse.gov;
backtoschool.drugabuse.gov/espanol;
marijuana-info.org; teens.drugabuse.gov.

En resumen, los avances son muchos, pero los retos aún son más. Esperemos que la sociedad y los poderes públicos tengan la sensibilidad necesaria para ir implicándose en este proceso, y la comunidad científica, la motivación y recursos adecuados para mejorar las investigaciones. Si los profesionales dedicamos nuestra energía a diseñar programas eficientes y eficaces y a mejorar las estrategias preventivas y nuestra capacitación, estaremos más cerca de conseguir que la sociedad comprenda que invertir en prevención merece la pena (Santolaya, 2008).

Evidencias en la prevención familiar

16

MIGUEL DEL NOGAL

1. POR QUÉ TRABAJAR CON LAS FAMILIAS. UNA DECLARACIÓN DE INTENCIONES

Si hay algo que verdaderamente preocupa a los padres es que a un hijo le pueda pasar algo. Desde que el niño nace, el miedo se instala en la mente de los padres en un sentido abstracto. Los miedos se empiezan a acentuar cuando el niño empieza a andar, y no cesan hasta que los padres llegan al fin de sus días. A todos nosotros nos viene a la mente la tan acertada frase «un hijo es para toda la vida» o «si no les vas a atender como es debido, mejor no tengas hijos». El miedo es consustancial al hecho de ser padres, y si bien hay personas más miedosas que otras, también es cierto que, cuando se trata de un hijo, el apacible se puede tornar iracundo, y el valiente en miedoso. Si hay un miedo primigenio, ancestral, en unos padres es el de que su hijo sufra o enferme. Y ambas cosas van asociadas al consumo de drogas.

Por otro lado hay que decir que todos, a lo largo de nuestra vida, nos vamos a enfrentar con el ofrecimiento del consumo de una o varias drogas (entiéndase también tabaco y alcohol), bien sea por parte de los amigos, de la publicidad, de los lugares de ocio... y los padres deben dotar a los hijos de las mejores habilidades para que puedan hacer frente a estos ofrecimientos (Arbex y Comas, 2003).

Ahora bien, imaginémonos que el problema ya está instaurado, y nuestro marido o mujer,

hermano o hermana, hijo o hija, padre o madre presenta un problema de consumo de drogas: ¿qué puedo hacer como familiar?, ¿cómo puedo ayudarlo? Responder a esta pregunta es precisamente otra de las razones por las cuales es esencial este capítulo, pero desemboca en nuevas preguntas: ¿de qué manera puedo implicarme en el proceso terapéutico de mi familiar?, ¿qué cosas debo hacer y qué cosas no debo hacer?, ¿qué habilidades debo desarrollar?, ¿qué problemas pueden surgir y cómo puedo evitar que pasen?, ¿cómo manejar mis propios sentimientos (de culpa, de tristeza...) vinculados a la situación por la que estamos pasando?...

2. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS EN LA PREVENCIÓN FAMILIAR

Se comienza a hablar de prevención en el terreno de las drogodependencias desde finales de los setenta, pero no será hasta primeros de los ochenta cuando se empiezan a establecer una serie de objetivos de trabajo comunes que conformarán las bases sobre las que se asentará este tipo de intervenciones (disminución de la prevalencia, retraso de la edad de inicio en el consumo y minimización de los daños asociados a éste que se plasmarán en actuaciones escolares y comunitarias a partir de la formación en 1985 del Plan Nacional Sobre Drogas (Salvador-Llivina, 2000).

Esos objetivos primigenios han dado lugar en la actualidad a una serie de objetivos más específicos y ambiciosos que podemos resumir en:

- Suministrar información sobre los riesgos del consumo.
- Formar profesorado de primaria y secundaria.
- Asegurar una información fidedigna sobre las drogas entre jóvenes y adolescentes.
- Controlar la publicidad de las drogas legales.
- Poner en marcha medidas preventivas en el ámbito laboral.

Como señala Salvador-Llivina (2000), los hitos más importantes en el campo de la prevención han sido la implicación institucional y civil, la profesionalización de la disciplina y sobre todo el aumento de la información basada en la evidencia, que es precisamente sobre lo que pasaremos a hablar a continuación.

Los primeros años de la década pasada supusieron un antes y un después en el reconocimiento de la psicología como disciplina científica al publicarse entre 2000 y 2002 una gran cantidad de libros y artículos sobre los tratamientos eficaces en diferentes trastornos (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Nathan, Gorman y Salkind, 2002) que posteriormente dieron lugar a numerosas guías clínicas de intervención que han permitido orientar a los profesionales en la elección de técnicas y modelos con contrastada evidencia empírica para el abordaje de según qué trastornos. En el ámbito de las drogodependencias caben destacar: *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Becoña y Cortés, 2010), *Guía clínica para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina y naloxona* (Bobes y Casas, 2010) y *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* (Becoña y Cortés, 2008).

Los parámetros para analizar los resultados y eficacia se han centrado en:

- El análisis de factores de riesgo y de protección (NIDA, 1993, 1997a y 1997b; Robles, Lozano y Martínez González, 1998; Newcomb, Maddahia y Bentler, 1986; Hawkins, Catalano y Miller, 1992).
- Solvencia de los modelos teóricos dirigidos a modificar los mecanismos de inicio y mantenimiento de la adicción (Becoña, 1999).
- Hallazgos de laboratorio que pueden contribuir a establecer un marco científico para entender el fenómeno de las drogodependencias (NIAAA, 2000), aunque en la línea en la que más se ha estado trabajando es en la relativa a los aspectos biológicos y conductuales que determinan una mayor vulnerabilidad al desarrollo o consolidación de un problema de drogas, como los estudios llevados a cabo por Gordon y Glatz (1996).
- Modelos multicomponente (Pentz, 1989; Tobler, 1992 y 1997; Sloboda, 1997; Belcher, 1998). En los programas de prevención se introducen factores como transmisión de información veraz, modificación de percepciones erróneas respecto a la droga, entrenamiento en habilidades de resistencia o uso de didáctica interactiva.
- Aprendizaje social. En los años ochenta se empieza a hacer hincapié en los aspectos sociales y se postula la importancia de las habilidades sociales (HHSS) y de las de resistencia a las presiones hacia el consumo utilizando como referente la teoría del aprendizaje social de Bandura.

3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN MENORES

3.1. Cómo prevenir que mi hijo consuma drogas

No existe una receta mágica para evitar que nuestros hijos consuman drogas; lo que sí existe es una serie de factores de riesgo y factores de protección que hacen más fácil o más difícil (respectivamente) que un hijo acabe desarrollando

un problema del tipo que sea, incluido el consumo de drogas.

Generalmente se buscan razones o variables únicas que expliquen el desarrollo de un problema. Al fin y al cabo, lo que inquieta al ser humano es no ser capaz de entender de manera sencilla los fenómenos que le acontecen. El mayor de los miedos del hombre es la incertidumbre, razón por la cual adoramos la simplicidad. Pero cuando se trata de procesos psicológicos, la simpleza no existe y las explicaciones son multicausales. Por eso es tan difícil ofrecer explicaciones y por ende implantar modelos preventivos que permitan abordar la magnitud de un problema que a priori se plantea inabarcable. Lo que sí podemos hacer es incidir sobre unas pocas variables que han demostrado tener mayor peso específico en el desarrollo y curso de un problema.

3.2. Los factores de riesgo y los factores de protección

Como ya hemos comentado, los factores de riesgo son todas aquellas variables cuya aparición hace que aumente el riesgo de que una persona presente o acabe presentando un problema, sea del tipo que sea. Por ejemplo, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer, especialmente de pulmón (el 80 por 100 de los cánceres de este tipo están relacionados con el tabaquismo).

Los factores de protección son todos aquellos cuya presencia previene la aparición de determinados trastornos. En este sentido, el deporte se muestra como un importante factor de protección para cualquier tipo de enfermedad, pero especialmente las enfermedades cardiovasculares.

Pero centrándonos en el ámbito de las drogas, no existe ningún factor único o esencial que permita entender la aparición y el curso del problema, sino que será la suma de una serie de variables la que los explicará. Tradicionalmente las variables relevantes en la forja y desarrollo del consumo de tóxicos se han dividido en cuatro grandes factores:

a) Biológicos

Todos aquellos factores relativos a la predisposición biológica para padecer un determinado trastorno. Todas las personas, desde el momento en que nacen, tienen una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno u otro; por eso en las ciencias de la salud se está haciendo cada vez más hincapié en el análisis de los antecedentes familiares como posibles indicadores de la predisposición biológica para enfermedades como por ejemplo el cáncer, la esquizofrenia o la hipertensión. Y es que las probabilidades de presentar este tipo de enfermedades aumentan ostensiblemente si nuestros predecesores las padecen o han padecido.

b) Macrosociales

Son todos aquellos factores de índole global que actúan sobre la población general, o en un sector importante de ella, lo cual no significa que afecte por igual a todas las personas que la componen, ya que dichos factores pueden incidir más en unos individuos que en otros por multitud de razones sociales, familiares o personales.

Estaríamos hablando de factores como los medios de comunicación social (publicidad, campañas preventivas, modelos...), las actitudes sociales respecto a las drogas, la disponibilidad o accesibilidad a ellas, factores político-legales relativos tanto al tráfico como al consumo de drogas, factores político-sociales, factores económicos, ofertas de ocio y tiempo libre (en este sentido hay que destacar el importante esfuerzo en el desarrollo de los programas de ocio alternativo que se han implantado con desigual aceptación y resultados en diferentes comunidades autónomas), los ambientes de desarrollo (barrio, lugares de reunión, de ocio...).

c) Microsociales

Por microsociales nos referimos a todos los factores que tienen que ver con el entorno o contexto próximo del joven/adolescente. Se trataría de la familia, los amigos y los centros educativos.

La familia es el entorno en el cual nace y se desarrolla la persona. Es el contexto más íntimo y el refugio de toda persona. Sin embargo, a menudo éste deja de ser un lugar de seguridad para convertirse en un lugar de conflicto, o en un lugar en el que imperan una serie de normas, reglas o estilos educativos que, lejos de resultar positivos, se tornan en un factor de riesgo para el desarrollo de cualquier tipo de problema, incluido el de consumo de tóxicos. Esto no significa que estemos echando la culpa del consumo de drogas a los padres o la familia, sino que, al igual que cualquier otro factor de riesgo, puede suponer un caldo de cultivo para el desarrollo ulterior de un problema de cualquier índole.

Los grandes cambios políticos, económicos, tecnológicos y sociales de los últimos treinta años han dado lugar a diferentes formas o modalidades de familias y maneras de entenderlas.

Como vemos, son muchas las variables que pueden ejercer un importante papel en el desarrollo de cualquier problema en el joven o adolescente, incluido el inicio del consumo de drogas.

Estilo educativo (autoritario vs. laxo)

Podemos entender el estilo educativo como los polos de un continuo es uno de cuyos extremos situaríamos el autoritarismo y en el otro la laxitud (dejar al niño que haga lo que quiera).

Si bien decíamos que la sociedad ha evolucionado, con respecto al estilo educativo los cambios han sido radicales.

Se ha pasado de un modelo educativo centrado en el autoritarismo, la rectitud y la norma impuesta por los padres, que eran la pieza central de la familia, a un modelo laxo, en el que al niño «se le deja hacer» sin ponerle ninguna cortapisa apelando a su bienestar, a su adecuado desarrollo psicoafectivo y social, etc. En este modelo se concibe al niño como eje central alrededor del cual no sólo gira sino que deben girar el resto de personas y cosas.

Si bien ambos extremos en lo que se refiere al estilo educativo son negativos, lo más nocivo son

los estilos caracterizados por la ambivalencia, por la alternancia de autoritarismo extremo con laxitud desmedida. Esto provoca en el niño, joven o adolescente un tremendo desconcierto y sobre todo una gran inseguridad e indefensión.

Valores sobre el consumo de drogas

Los valores hacia cualquier cosa son transmitidos de padres a hijos a través de la educación, y aquellos relativos al consumo de drogas no son una excepción (Amatller et al., 2011).

En este sentido, como en muchos otros, quizá lo más conveniente sea el justo medio entre la permisividad y el rechazo absoluto. Tan nocivo es transmitir una cosa como otra, ya que si bien la permisividad da vía libre al consumo por inacción, el polo contrario hace que se desee todo aquello que se prohíbe.

Ahora bien, hay otras dos posturas posibles que aún son más dañinas que las anteriores: la indiferencia y la doble moral.

La indiferencia trasciende lo que tiene que ver con la permisividad. No se trata de que se permita, sino de algo todavía más peligroso: que a los padres les dé igual lo que hagan o hacen sus hijos con respecto al consumo de drogas.

Por otro lado, la doble moral es tan dañina o más que la permisividad, ya que supone la contradicción entre lo que se dice y lo que se hace. Supone «hacer lo que yo digo pero no lo que yo hago». Como todos pueden imaginar, no predicar con el ejemplo es la peor de las enseñanzas.

Modelos de consumo vs. modelos de no consumo

Lo que es indiscutible es que, además de a través de normas y conductas, los niños aprenden por imitación.

En el caso del consumo de drogas, el papel de los modelos de consumo hace que los niños normalicen tal conducta, haciendo más fácil su desarrollo.

Por otro lado, y como comentábamos antes, es especialmente nociva la doble moral que caracteriza a menudo la educación en valores de

los hijos con respecto al consumo de drogas; un ejemplo claro lo tenemos en el caso del tabaco, pues el padre señala a su hijo que fumar es malo mientras sostiene entre sus dedos un cigarrillo.

Apoyo y afecto familiar

La percepción de que tenemos gente a la que recurrir en el caso de que algo en la vida nos salga mal es el más importante factor de protección del que se puede disponer. Si a esto le sumamos el importante papel que desempeña el afecto en el bienestar del ser humano en general, podemos comprobar que el del cariño es un elemento indispensable en el crecimiento del niño, tornándose también éste en un importante factor de protección para el desarrollo de cualquier problema.

d) Personales

Existen también una serie de factores personales que intervienen en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas y alcohol.

Los estudios han señalado los siguientes factores como especialmente influyentes en el desarrollo de un problema de esta índole:

- *Presentismo*. Los jóvenes, per se, tienen tendencia a no mirar más allá del aquí y ahora, lo que dificulta pensar en las consecuencias que pueden derivarse de sus acciones, del consumo en este caso.
- *Percepción de riesgo*. La percepción del riesgo de las drogas no se aprecia, de modo que se concibe el consumo exclusivamente como una experiencia positiva que debe ser probada.
- *Modelos*. Todos nos regimos por modelos. Para los jóvenes y adolescentes, el papel de éstos es fundamental.
- *Estados emocionales adversos* (estrés, ansiedad, etc.). Las drogas se convierten, con la experimentación y el uso, en una herramienta para combatir este tipo de emociones.

- *Expectativas positivas sobre el consumo*. Las consecuencias que se esperan del consumo se conciben como absolutamente positivas, y no se percibe que se puedan tener experiencias negativas.
- *Búsqueda de sensaciones*. Se ha demostrado de manera contundente la existencia de una estrecha relación entre esta variable y el consumo de drogas. Las personas más interesadas en esta búsqueda pondrán en práctica cualquier conducta, incluido el consumo de drogas.
- *Presencia de trastornos psicológicos*. La presencia de otros trastornos psicológicos aumenta las probabilidades de desarrollar un problema de consumo de drogas, del mismo modo que éste hace que se agraven el resto de trastornos psicológicos (Martínez González y Trujillo Mendoza, 2003).
- *Absentismo escolar*. Evidentemente la falta de asistencia al colegio hace que se genere un lapso de tiempo libre que matar, constituyéndose como un potencial peligro para el desarrollo de conductas de riesgo. Por otro lado, el absentismo a menudo es una consecuencia derivada de la presencia de un problema que se está empezando a instaurar o que ya se ha establecido.
- *Refuerzo social*. Al igual que los modelos, el papel del grupo y el refuerzo social asociado contribuyen a potenciar unas u otras conductas.
- *Habilidades sociales (HHSS)*. Las habilidades sociales son aquellas estrategias de relación que ponemos en marcha cuando interaccionamos con otras personas. Tener unas buenas HHSS se convierte en un importante factor de protección ante situaciones como pueden ser la presión de grupo para el consumo o los ofrecimientos para hacerlo. Por eso éste ha sido uno de los puntos que más se ha trabajado como estrategia de prevención y abordaje de posibles situaciones de riesgo para el consumo.

- *Influenciabilidad.* La juventud y la adolescencia son las etapas en que las personas son más influenciables, especialmente cuando se topan con sujetos que se erigen en líderes. Si a esto le sumamos que hay personas más influenciables, éste será precisamente un punto débil para el desarrollo de conductas de riesgo.
- *Impulsividad.* Al igual que en el caso de la búsqueda de emociones, se ha comprobado que existe una relación directa y estrecha entre las personas más impulsivas y el consumo de drogas. Además, ha quedado probado que las personas que consumen drogas muestran impulsividad en varios aspectos o facetas de su vida, actitud que se plasma en el desarrollo de varias conductas de riesgo paralelas a la que tiene que ver con el consumo.
- *Conductas disociales.* También se ha descubierto que otra de las variables relacionadas con el surgimiento e instauración de un problema de consumo de drogas es el desarrollo de conductas disociales (hurtos, agresiones, etc.).
- *Estado psicofísico.* Los estados psicofísicos adversos son el caldo de cultivo ideal para el desarrollo de cualquier conducta problemática.
- *Información.* La información es un elemento esencial para evitar que alguien ponga en práctica conductas peligrosas; sin embargo, pese a que ésta es una condición necesaria para evitar conductas de riesgo, no es suficiente. Su sola presencia no evita que el joven se adentre en conductas nocivas o de riesgo para la salud (entendido en términos biopsicosociales). Junto con la información, es preciso trabajar en materia de actitudes y valores.
- *Efectos reforzantes de la droga.* Las drogas tienen una serie de efectos reforzantes que van a quedar grabados a fuego, al inducir sensaciones euforizantes, analgésicas, desinhibidoras, etc., de modo que el consumo tenderá a repetirse por un proceso de reforzamiento positivo.

3.3. Los entornos del joven/adolescente

Para cualquier persona, el entorno donde desarrolla su día a día es básico, pero para un joven aún más, puesto que va a ser el lugar en el que se va a desarrollar a nivel emocional y personal. Además, hay que señalar que en esta edad los contextos en los que se mueve van a servir como factor de protección o como factor de riesgo para el desarrollo de problemas de muy diversa índole.

Los contextos donde se mueve un joven tienen que ver con el entorno familiar, escolar, el grupo de iguales y el barrio donde crece y se relaciona. Y éstos serán ámbitos que favorezcan o impidan el desarrollo de un problema de drogas (Becoña y Cortés, 2011).

A menudo, cuando doy una clase o conferencia, me encuentro con alguien que me pregunta cómo es posible que de dos hermanos que han crecido en el seno de la misma familia y se han desarrollado en los mismos ambientes uno acabe teniendo un problema de drogas y otro no.

En primer lugar, hay que decir que por mucho que uno se empeñe en afirmar que el trato recibido por parte de su familia y las pautas educativas impartidas son los mismos, no es así. No se trata exactamente igual a todos los hijos (lo cual no significa que a uno se le trate bien y a otro mal), sino que los padres dan a cada uno lo que consideran mejor en cada momento, que no necesariamente significa que les tengan que dar exactamente lo mismo a todos y cada uno de los hijos, pues cada uno de ellos tendrá unas características y necesidades distintas.

Por otro lado, hay que decir que aun suponiendo que a todos los hijos se les tratara por igual y los entornos fueran exactamente los mismos, lo que introyecta, lo que aprende, lo que elabora cada persona es distinto, ya que intervienen una serie de factores personales que marcan esa diferencia. Luego si bien hay que hablar de los factores relativos al entorno, no se nos pueden olvidar los personales, que determinan cómo percibimos, interpretamos y manipulamos el contexto en el cual nos movemos.

4. DUDAS ¿RAZONABLES?

4.1. La sospecha y la duda

Cuando alguien me pregunta por la confianza, extremo opuesto de la duda y la sospecha, siempre me vienen a la mente dos maravillosos símiles que a lo largo de los años como psicólogo me han ido regalando mis pacientes: «la confianza es como un papel arrugado, por más que uno trate de alisarlo nuevamente, es imposible», o esta otra: «las heridas se curan pero dejan cicatrices».

La duda y la sospecha van siempre de la mano de la pérdida de la confianza, y volver a ganarte ésta es a menudo un proceso largo o que nunca se logra del todo.

Éste es el punto en el cual se hallan los familiares que llevan lidiando durante años con el proceso de recuperación o rehabilitación de su familiar. Y es entendible que tengan estos sentimientos puesto que lo que éstos ocultan es el miedo, la incertidumbre, la desazón de que su hijo, su pareja, su hermano... haya vuelto a consumir.

Sin embargo, pese a que esta actitud es comprensible desde el punto de vista emocional, desde uno más práctico ésta no sólo no es útil sino que además es contraproducente, ya que la desconfianza hace que la persona que está en proceso de abandono de consumir drogas se sienta cuestionada, lo que puede provocar una pérdida de motivación y una nueva recaída. No obstante, a menudo los consumidores utilizan la manida frase «es que no confiáis en mí» como una excusa para justificar una recaída que ellos mismos precipitan, y «echar balones fuera» siempre sale más rentable y resulta menos doloroso para la propia autoestima.

El problema es discernir cuándo el miedo, la duda y la desconfianza tienen una base real y cuándo no. De este modo son frecuentes las consultas de familiares que me preguntan: «entonces ¿qué hago, no le digo nada pese a sospechar que ha consumido?».

Lo primero que debemos preguntarnos es si existen razones lógicas para la sospecha o en rea-

lidad se trata de una percepción errónea nuestra, fruto de tantos engaños y desvelos pero que en esta ocasión no tiene fundamento alguno. En caso de que consideremos que existen razones para sospechar, debemos reflexionar sobre la elección de un momento y forma adecuados de abordar a nuestro familiar.

Respecto al momento, hay que seleccionar muy bien uno en el que aquél esté dispuesto a hablar sobre el tema y las condiciones ambientales favorezcan la interacción (no haya prisas, interrupciones, etc.). Pero lo más importante es ver de qué manera vamos a abordarle para conseguir entablar una conversación cercana y basada en la confianza. Esto también requiere un complicado ejercicio por nuestra parte, ya que supondrá desprendernos de todos nuestros miedos y prejuicios, mostrándonos también nosotros abiertos al diálogo, y no a la «guerra».

Todo esto nos lleva a un punto esencial en el abordaje de la persona que consume drogas: la mentira. Independientemente de la fase del proceso en que se encuentre, la mentira va a ser una estrategia habitual y esencial para el consumidor de drogas, ya que ésta es la única manera de poder seguir consumiendo sin que nadie le ponga freno.

Hay familias e incluso profesionales que se toman las mentiras como algo personal. Nada más lejos de la realidad. Los consumidores, independientemente del estadio del consumo en el que se encuentren (ya sean los primeros tanteos o cuando la adicción ya está instaurada), usarán la mentira no como una forma de hacer daño a los demás, sino como mecanismo para seguir consumiendo, aunque esto a la larga ocasione una profunda desconfianza, rechazo e incluso abandono por parte de su entorno cercano.

A continuación vamos a aportar algunas recomendaciones que nos pueden resultar útiles a la hora de confrontar la mentira con nuestro familiar:

- No avasallar.
- No utilizar confrontaciones directas.
- No decirle lo que siempre le decimos. Cambiar de táctica.

- Buscar un momento adecuado, lo que implica, entre otras cosas, que no haya consumido.
- Usar la fórmula «tú y yo sabemos que no es cierto». Rebatir los argumentos de nuestro familiar con frases que contengan este tipo de fórmulas evita que se sienta tan violento por el hecho de que le hayamos pillado en una mentira.
- No utilizar recriminaciones ni críticas, ya que esto le pondrá más a la defensiva y se negará a seguir hablando.
- No usar tonos de voz altos ni recriminatorios. Esto denota ataque, y ocasiona una negativa o incluso un contraataque por su parte.
- No utilizar términos como «mentiroso», ya que este tipo de palabras no son sino etiquetas con connotaciones peyorativas, de modo que se negará a asumir tales afirmaciones y bloqueará la comunicación desde ese mismo momento.
- No aludir al pasado («también mentiste en tal o cual situación...»). Los acontecimientos pasados nos trasladan a un momento de la historia en la que las cosas no sólo no se pueden cambiar sino que además son negativas e inmodificables, por lo que se vivirán como algo negativo, como una recriminación que impide pasar página y establecer nuevos y positivos propósitos.

4.2. Cómo detectar el consumo de drogas en mi familiar: qué hacer y qué no hacer

La primera fractura en la confianza con mi familiar suele ir de la mano de los primeros indicios de que está consumiendo o ha vuelto a hacerlo tras llevar un tiempo prolongado abstinente. Esto genera una gran inquietud en la familia, que tratará de calmarla por todos los medios: revolviendo las cosas de su familiar para comprobar si existen indicios de consumo, preguntándole directamente si está consumiendo drogas, llamar a

los amigos para contrastar datos... Todo esto, lejos de provocar un acercamiento con el familiar, lo que ocasiona es una actitud defensiva, mayor distanciamiento y cerrazón.

Entonces, ¿qué hacemos: dejar que siga consumiendo, esperar a que pase algo grave...? Ésta es la pregunta típica que muchas familias me hacen en consulta. Siempre les comento que no tengo la solución perfecta, y que si bien entiendo que cruzarse de brazos no es lo mejor, lo que sí tengo claro es que lo peor que pueden hacer es forzarle a que «confiese». Lo que aquí está en juego es saber manejar la angustia que genera la incertidumbre de saber si a mi ser querido le ocurre algo o no. Sobre todo si tenemos en cuenta que hay que abordar el problema en el momento oportuno y hacerlo de la manera adecuada.

Como protocolo de actuación, sirvan las recomendaciones que señalamos en el punto anterior.

Pese a todo lo anteriormente dicho, pasaremos a señalar algunos de los indicios que pueden servirnos de aviso de que nuestro familiar ha empezado a consumir drogas o lleva un cierto tiempo haciéndolo. Hay que precisar que, si bien se trata de indicaciones muy orientadas a hijos, éstas pueden ser en cierta medida extensibles a otro tipo de vínculos familiares:

- Disminución del rendimiento académico o cambio de actitud hacia los estudios, las notas, etc.
- Absentismo escolar/laboral.
- Problemas de disciplina.
- Conflictos familiares.
- Desinterés por actividades y aficiones que antes le gustaban.
- Cambios bruscos de comportamiento y estado de ánimo.
- Cambio de hábitos de sueño.
- Quejas frecuentes de enfermedad o cansancio.
- Cambios en el apetito y el peso (especialmente disminución de ambos).
- Cambio de grupo de amigos y rechazo de presentar a los nuevos.
- Altercados, broncas, peleas callejeras.

- Retraso cada vez más frecuente en la llegada a casa.
- Desapariciones de dinero u objetos.
- Cambios con respecto al dinero: poseer más cantidad de dinero de la cuenta o pedir continuamente dinero.

Una vez expuestos los indicios, hay que recalcar que estos no son hechos, datos contrastados ni señales inequívocas, sino meras pistas o indicadores. Es preciso que confluyan varios para poder empezar a pensar en la existencia de un problema, y aun así nunca tendremos la certeza absoluta.

5. RECONOCIMIENTO DE QUE TENGO UN PROBLEMA

Uno de los puntos más difíciles cuando se aborda a una persona que tiene un problema de drogas es precisamente que lo reconozca.

El consumo de drogas ocasiona un cambio en la forma de pensamiento caracterizado por las justificaciones de nuestro comportamiento a través de la minimización de la frecuencia, del impacto y de los consumos, de las comparaciones con el grupo de iguales (de tal forma que uno consume «lo normal») y del rechazo de etiquetas como *cocainómano*, *alcohólico* o *drogodependiente*, etc.

Bajo todo ello lo que subyace es un proceso psicológico que se conoce con el nombre de «*disonancia cognitiva*», mediante el cual la persona establece que si lleva a cabo una acción como consumir, mentalmente es incompatible con el hecho de reconocer que ésta es una conducta nociva que debe abandonar porque está generando un importante deterioro personal, familiar, laboral, físico...

Por ello, reconocer que uno padece un problema es el primer paso, pero también el más difícil. La familia verá cómo su marido, su hijo, su madre... primeramente niega la existencia del problema y, en el mejor de los casos, tras meses o años reconocerá su existencia pero le quitará im-

portancia y se negará a acudir a tratamiento. Con suerte, y tras repetidas confrontaciones que suelen durar meses, y muy probablemente años, acabará accediendo a asistir a tratamiento, aunque a menudo sin el convencimiento pleno de ello y respondiendo más a las ganas de «dejar de oír a su familiar» que por el reconocimiento de que tiene un problema.

Es frecuente que se nos presente en consulta un familiar indicando que su hijo, su pareja, su padre... presenta un problema de consumo de drogas pero que se niega a aceptarlo o, aun aceptándolo, se niega a acudir a consulta alegando cosas tan peregrinas como que es capaz de resolverlo por su cuenta.

En estos casos debemos preguntarle cómo son esos consumos y cuáles son las implicaciones que están teniendo en el seno de la familia y sobre todo asesorarle a todos los niveles: informar sobre las sustancias, los efectos que provocan, los cambios en la forma de pensamiento que ocasionan, situaciones complicadas que se pueden presentar y sobre todo qué estrategias vamos a poner en marcha para intentar que acuda a consulta.

Algunas de las estrategias a llevar a cabo para conseguir que acuda a consulta son:

Lo más importante es esperar un momento adecuado para abordarle, y adecuado aquí significa fundamentalmente que no esté intoxicado pero también que esté dispuesto a escucharnos, que se muestre receptivo. Es preferible aplazar una conversación antes que forzarla y ocasionar un bloqueo a hablar o incluso a discutir.

Señalar a su familiar que con sus consumos nos encontramos mal. No se trata de echarle en cara las cantidades que consume ni de acusarle del daño que está haciendo a la familia, sino justo de lo contrario: señalar lo preocupados que estamos por él y cómo sufrimos cada vez que le vemos mal.

A menudo las personas que padecen un problema de consumo de drogas han escuchado tantas veces de sus familiares que tienen un problema y que deben dejar de consumir que hacen

caso omiso de ello, por lo que con frecuencia es conveniente que el abordaje lo realice una persona relevante pero distinta de la que habitualmente ha asumido este papel. No obstante, con independencia de quién lleve a cabo el acercamiento y encare el problema, es importante que el abordaje contemple la comprensión, el cariño y el apoyo y evite la recriminación, el dolor y el daño.

Es importante que si nuestro familiar toma conciencia del problema, pidamos cita cuanto antes con un equipo terapéutico, ya que la motivación a ponerse en tratamiento es altamente cambiante, y si no actuamos con celeridad y contundencia corremos el riesgo de que se desvanezca rápidamente.

A continuación puedes encontrar un listado resumen de las reglas para abordar a un familiar que no quiere acudir a consulta.

5.1. Reglas para abordar al familiar que no quiere acudir a tratamiento

a) Esperar un momento adecuado para abordarle

Tiene que ser un momento en que se muestre receptivo, no se encuentre especialmente intoxicado y sean palpables los efectos emocionales derivados del consumo (se sienta culpable, molesto y/o haga cierta crítica de sus consumos).

b) No criticar, no juzgar, no culpar

Es importante acercarnos mostrando cariño y comprensión, pues si lo hacemos blandiendo la crítica lo único que lograremos es que se repliegue más y no quiera hablar, y menos aún asumir nada de lo que le está pasando.

c) No emplear tonos de voz recriminatorios

Tan importante como lo que decimos es cómo lo decimos. Usar tonos de crítica, sarcasmo o recriminación hará que la persona se niegue a escucharnos.

d) Hacer explícitas las consecuencias que se están derivando de sus consumos

A menudo señalar las cosas que se está perdiendo con los consumos le incita a reflexionar sobre la importancia de cambiar los hábitos y acudir a tratamiento.

e) Hacer explícito el cambio del patrón de consumo (frecuencia, intensidad, cantidad...) a lo largo del tiempo

A menudo las personas consumidoras no son conscientes (o no quieren serlo) de cómo la sustancia ha ido ganando cada vez más terreno en su día a día. A veces es útil que el paciente hipotetice sobre cómo se encontrará dentro de unos años si sigue consumiendo como ahora y no pone solución alguna.

f) No emplear etiquetas

Deben desterrarse los términos como alcohólico, cocainómano, delincuente, yonqui... pues tienen un alto componente peyorativo y generan rechazo, de modo que la persona negará la existencia de cualquier problema de este tipo.

g) Estar a su lado

Al familiar debemos hacerle saber en todo momento que estamos a su lado para ayudarle, siempre y cuando quiera solucionar su situación.

h) No dar ultimátums ni prometer nada que no vayamos a ser capaces de cumplir posteriormente

Quizá la parte más importante es la de no dar ultimátums a la ligera o, lo que es lo mismo, darlos de manera habitual, pues pierden su eficacia. Por extensión, esto se traduce en no prometer nada que no vayamos a ser capaces de llevar a cabo posteriormente.

i) «Los mensajes yo»

Una cuestión importante a considerar es la forma de dirigirnos a nuestro familiar y las palabras que empleemos.

Los mensajes yo son una fórmula que permite a nuestro familiar ponerse en nuestra piel, empatizar con nosotros. Para ello dejaremos de lado las acusaciones, que suelen adquirir la forma «tú eres un tal» o «tú hiciste cual cosa», y las sustituiremos por la fórmula «cuando ocurre tal cosa, yo no me encuentro bien, yo me encuentro triste...», o lo que sea oportuno en cada caso.

De lo que se trata es de eliminar los enjuiciamientos y las culpas hacia el otro para pasar a centrarnos en las emociones derivadas de tales situaciones.

j) Uso de la fórmula «tú y yo sabemos»

La negación es una máxima de las personas que tienen problema de consumo de drogas, y cuanto más nos empeñamos en decirle que está mintiendo, más se refugiará en que no le creemos, que no confiamos en él, etc. Por eso es conveniente cambiar de estrategia y usar la fórmula «tú y yo sabemos», que no es más que una afirmación que la otra persona por sí sola no diría de sí misma. Pero lo haces sin confrontaciones directas ni acusaciones, evitando hacer sentir mal a la otra persona.

Por ejemplo, «papá, tú y yo sabemos que no te encuentras bien, y que tienes que ir a tratamiento por el tema del alcohol».

En concreto, las palabras «no te encuentras bien» ya de por sí son una fórmula ideal para abordar a nuestro familiar, ya que descargas de culpa a la persona con problemas y dejas de lado las connotaciones negativas que tiene el saberse consumidor de drogas (sea la que sea).

k) Cambiar de estrategia

A menudo nos empeñamos en usar siempre el mismo patrón con las personas que tenemos al lado, y nos movemos por una serie de dinámicas, patrones o rutinas en la interacción.

Lo mismo ocurre cuando llevamos años tratando de que nuestro familiar reconozca que tiene un problema de consumo de drogas y queremos que se ponga en tratamiento. Tanto tiempo

llevamos abordándole que siempre nos responde lo mismo. Naturalmente, porque siempre le abordamos de la misma manera.

Es importante tomar en consideración esto y cambiar de estrategias (por ejemplo, usar fórmulas como las señaladas anteriormente), porque de lo contrario el resultado será el esperado.

l) No sentirnos culpables, es su decisión

Por último, señalar que si pese a todos nuestros esfuerzos nuestro familiar sigue sin reconocer que tiene un problema, debemos aceptar que es su decisión y que hasta que no quiera no habrá cambio posible.

No debemos sentirnos responsables de las decisiones de nuestro familiar, y debemos pensar que él es él, y nosotros somos nosotros. Y que sólo nos queda seguir «soportando» esa situación, o alejarnos de ella.

6. ASISTENCIA (TRATAMIENTO)

6.1. Efectivamente, mi familiar consume drogas

Uno de los puntos más difíciles para un familiar es conseguir que el paciente acuda a tratamiento. Aunque en verdad esto está mal expresado, porque en realidad no es responsabilidad del familiar conseguir que nuestro hijo, marido, cuñado... acuda a tratamiento, sino que precisamente es responsabilidad de este último.

Sin embargo, como ya hemos dejado entrever, una característica de los trastornos adictivos es la falta de conciencia de que se tiene un problema. Y por ello a menudo hace falta que la familia apoye para que uno se decida finalmente a ponerse en tratamiento.

Pongámonos en el caso de que finalmente nuestro familiar reconoce que tiene un problema. El siguiente paso es aceptar que necesita un tratamiento, pero ¿por dónde empezar?, ¿dónde acudir?

6.2. ¿Dónde acudir?

Los planes de drogas son paralelos a los de salud física. No están integrados en atención primaria ni en atención especializada; por tanto, tampoco están incorporados dentro de la red de salud mental. Por otro lado, la atención a personas drogodependientes es paralela a la red de servicios sociales.

Las personas drogodependientes van a requerir una atención en tres niveles: físico, psicológico y social. Por eso los centros de atención a drogodependientes integran en sus equipos a médicos, psicólogos, trabajadores sociales y mediadores sociolaborales.

Al igual que el resto de redes de atención sociosanitaria, la de drogas está sectorizada, de modo que a cada paciente le corresponde un centro de referencia por zona de residencia.

6.3. El proceso de tratamiento

Una vez el paciente y/o la familia ha contactado con el centro de atención a drogodependientes correspondiente, éste realizará lo que se conoce como primera acogida, es decir, recogerá los datos principales del paciente, como motivo de consulta, razones por las cuales ha decidido dejar de consumir, tratamientos anteriores y datos de contacto.

Una vez hecho esto, el paciente se incorporará al tratamiento, siendo atendido por el médico, el psicólogo, el trabajador social y el mediador sociolaboral.

El proceso de tratamiento es largo, aunque dependerá del nivel de deterioro físico y social del paciente, del tiempo de consumo y de la presencia o no de otra patología mental.

Por otro lado, hay que contar con que dejar de consumir drogas definitivamente es un proceso duro, ya que a muchos pacientes les cuesta mucho tiempo conseguirlo, y a menudo requieren un ingreso hospitalario para lograrlo (lo que se conoce como desintoxicación hospitalaria).

Pero si hay algo verdaderamente difícil a lo que un consumidor de drogas debe enfrentarse a

las recaídas. Además, éste es el aspecto que más difícilmente entiende la familia, en cuya cabeza no cabe que una persona, después de abandonar el consumo, estar bien y saber las repercusiones que tiene consumir, vuelva a hacerlo. Es por ello importante informar y formar a la familia a este respecto.

6.4. La importancia del acompañamiento en todo el proceso

Si hay algo que verdaderamente se ha mostrado como un indicador de buen pronóstico para un paciente consumidor de drogas que se pone en tratamiento, es el apoyo familiar. Los pacientes cuya familia se implica en el proceso de tratamiento tienen más facilidades para abandonar los consumos que aquellos que no tienen apoyo o cuentan con un respaldo inadecuado o inestable.

Esto no significa que los familiares que prestan apoyo acudan constantemente a tratamiento junto con su familiar, sino precisamente que son capaces de aceptar su asistencia a citas y de mostrar su apoyo en el proceso cuando es pertinente y dejan a su vez el hueco necesario de intimidad en el proceso también cuando se precisa.

7. LA RELACIÓN CON EL FAMILIAR DROGODEPENDIENTE

Si hay algo verdaderamente curioso en las relaciones humanas son los hábitos o formas de relación que establecemos entre nosotros y que se caracterizan por la adopción de una serie de roles o patrones que mantenemos con nuestra pareja, nuestros hijos, padres, amigos, compañeros de trabajo...

Si a estas interacciones les añadimos la presencia de un problema (de consumo de drogas en este caso), podremos comprobar que a menudo se establecen una serie de formas de relación y comunicación cargadas de tintes de dependencia, pasividad, agresividad, perversidad, etc.

7.1. La tríada perversa: sobreproteccionismo, crítica y hostilidad

Uno de los constructos que más ha dado que hablar en lo referente a la relación familia-paciente en el seno de las esquizofrenias ha sido el constructo denominado alta emoción expresada, el cual refleja los aspectos de interacción entre ambos actores y el efecto que ello tiene como predictor de una reagudización de los síntomas y en última instancia del surgimiento de un nuevo brote psicótico.

El constructo emoción expresada está compuesto por tres factores: criticismo, hostilidad y sobreproteccionismo, y si bien ha sido ampliamente estudiado en el terreno de las psicosis, no lo ha sido tanto en el de las drogodependencias, aunque a nuestro modo de ver es igualmente aplicable. Y aunque este constructo haya sido ampliamente criticado e incluso denostado, lo cierto es que nos aproxima a la comprensión de una forma de relación familia-paciente que, lejos de ayudar, complica la problemática de aquél. Las actitudes críticas, hostiles o sobreproteccionistas con los pacientes por parte de su familia pueden ocasionar una recaída como forma de revelarse ante el constreñimiento familiar, como una forma de confirmación de lo que se espera de ellos o simplemente como venganza...

Por eso es tan importante trabajar con la familia y tratar de que entiendan que a menudo «el infierno está empedrado de buenas intenciones» y que, para conseguir que nuestro familiar cambie, a menudo la propia familia no sólo tiene que cambiar conductas sino también actitudes.

7.2. Situaciones difíciles

Una de las cosas que más le cuesta abordar a la familia de las personas consumidoras de drogas son las situaciones difíciles que se pueden derivar directa o indirectamente de los consumos. Estamos hablando de cosas como la mentira, la ira, la tristeza o los propios consumos.

A continuación vamos a exponer cuáles son estas situaciones con las que los familiares se pueden encontrar y algunas de las estrategias para poder hacerles frente:

a) La mentira

Lo primero que debemos transmitir a la familia es que la mentira no es más que una estrategia y que nuestro ser querido no recurre a ella para fastidiar, o porque tenga un fondo de maldad, sino que la utiliza, desgraciadamente, para poder mantener sus patrones de vida o de consumo sin que nadie les reprenda o se enfade por ello.

Ante esta situación, debemos aportar a la familia las siguientes recomendaciones:

- No avasallar. Preguntar constantemente a alguien si te está mintiendo o no es una buena forma de conseguir que éste se enfade. Por eso debemos evitar esas preguntas.
- No utilizar confrontaciones directas. Decirle directamente a alguien que no crees nada de lo que te está diciendo y que lo que dice es mentira es igualmente una forma de provocar una discusión.
- No hacer lo de siempre (cambiar de táctica). A menudo nos acercamos a nuestro familiar siguiendo siempre el mismo patrón, y utilizando incluso las mismas palabras, por lo que es posible que ya ni nos preste atención.
- Buscar un momento adecuado. Como en cualquier otra situación, hay que buscar un momento adecuado para abordarle, un momento en el cual se encuentre receptivo a hablar.
- Buscar un momento en que no haya consumido.
- Usar la fórmula «tú y yo sabemos que no es cierto».
- No utilizar recriminaciones.
- No usar tonos de voz altos ni recriminatorios.
- No emplear términos como «mentiroso...», ya que contienen una alta carga peyorativa.
- No aludir al pasado («también mentiste en tal o cual situación...»).

b) Ira o agresividad

Con respecto a las manifestaciones de ira o agresividad, tanto los de estos pacientes como de cualquier persona, pueden ser de muy diverso tipo, desde gritos, desplantes y expresiones de rabia o resentimiento hasta golpes a objetos o personas.

Hay que señalar que, al igual que la mentira, esto no deja de ser una estrategia para conseguir algo, y que no es cierto que las personas drogodependientes sean más violentas que aquellas que no consumen drogas. Ésa es la percepción que se tiene a priori, pero no es real.

En cuanto a la forma de actuar ante una situación de este tipo, debemos tener presente que el objetivo último que perseguimos es evitar una escalada de violencia. Para ello:

- Hay que esperar a que se calme antes de comenzar a hablar. Cuando una persona está en un momento de plena ira, cualquier cosa que le digamos para intentar calmarla empeorará las cosas, por lo que es mejor escucharla y hacer pequeños asentimientos de cara para empatizar con ella.
- Podemos marcharnos (pero avisando primero). Si no somos capaces de soportar, tolerar o contener la situación, es importante que salgamos temporalmente de ella, pero, eso sí, avisando a nuestro interlocutor de que vamos a hacerlo, y no porque éste siga gritando sino porque nosotros en ese momento no somos capaces de pensar con claridad o calma y hemos de tomarnos una pausa para evitar que nos airemos del todo.
- Nunca debemos decirle que nos vamos por su culpa o que nos marchamos hasta que esté más calmado.
- Conviene tranquilizarle, gastarle una broma o darle un beso o un abrazo. Esta estrategia es muy buena y útil, pero sólo si la otra persona está en los primeros momentos del enfado. Si éste está muy avanzado éste, lo único que sondeguiremos será incrementar la ira.

- Debemos tratar de empatizar con nuestro familiar, ponernos en su lugar.
- Hay que retomar la conversación una vez se ha calmado.
- Es preciso usar los «mensajes yo».
- Conviene manejar el autocontrol. Es importante tener un buen dominio de uno mismo, pues debemos evitar «entrar al trapo».
- Se debe usar un tono de voz adecuado. No emplear tonos de voz ni elevados ni que denoten sarcasmo, ira o reproche.

c) Consumos

Como hemos ido diciendo a lo largo del capítulo, el problema que más dificultad ocasiona a la hora de dejar los consumos, y que les resulta más complicado asimilar a los familiares, es que las recaídas son una parte habitual del proceso de tratamiento. Y que un consumo tras el abandono no significa que se haya producido una recaída absoluta.

Debemos partir de la base de que haga lo que haga la familia, nunca va a tener la certeza absoluta de que su ser querido ha consumido. Además, deben asumir que muy probablemente negará los consumos no una, sino varias veces, con la consiguiente duda o incertidumbre que eso genera.

Llegar a comprender cómo es posible que alguien que lleva un tiempo más o menos prolongado sin consumir vuelva a hacerlo requiere una gran madurez.

¿Pero qué puede hacer la familia ante la sospecha de un consumo?:

- No someter a un tercer grado o interrogatorio a nuestro familiar. Ya hemos dicho que es muy probable que niegue el consumo, y cuanto más le preguntemos, menos va a contar.
- Dar un margen de error. Pensar que tal vez no haya consumido, y que nosotros estamos tan obsesionados con que esto pueda ocurrir que vemos fantasmas donde no los hay.
- Esperar a que se le pase el efecto de la sustancia. A menudo los síntomas de los

consumos son tan evidentes que resultan innegables, y la ira que ello genera nos puede tentar a actuar en ese preciso momento pidiéndole cuentas del estado en el que se encuentra o exigiendo que nos explique por qué lo ha hecho. Sin embargo, debemos, seguir la máxima de no abordarle hasta que se le pase el efecto del consumo.

- Autocontrol. Lo lógico ante un consumo son dos reacciones por parte de la familia: decepción y rabia. Sin embargo, ninguna de las dos es beneficiosa para nuestro familiar, por lo que es importante que tratemos de calmarnos.
- Empatizar e intentar comprender. Es importante que tratemos de entender por qué ha vuelto a consumir, y ello sólo es posible desde su prisma.
- Usar la fórmula «tú y yo sabemos».
- Hacerle ver que sólo es un bache. Es frecuente que nuestro familiar se sienta mal por haber vuelto a consumir. Si somos capaces de apoyarle para que siga adelante en su proceso de tratamiento, lograremos más que echándole la bronca.
- No recriminar. Por mucho que le recriminemos, no vamos a conseguir evitar el consumo, pues éste ya se ha producido.

d) Depresión o desgana

Otra de las actitudes que podemos encontrar en los pacientes consumidores de drogas es una acusada desgana o depresión manifestada en forma de pasotismo, dificultad para ponerse en marcha, desinterés hacia cualquier tipo de cosa, bajo estado de ánimo, ausencia de perspectiva alguna de futuro y baja tolerancia a las dificultades.

Ante este tipo de actitud, estado de ánimo o comportamiento, podemos:

- Estar con él. Con frecuencia los pacientes necesitan sentirse queridos por la gente que los rodea; además, estar presente tam-

bién supone una buena oportunidad para animarles a que se pongan en marcha.

- Entretenerle. Es frecuente que el aburrimiento y la desidia se apoderen de nuestro familiar, por lo que encontrar cosas que puedan distraerle e incluso que puedan hacerse conjuntamente es útil para superar aquellos estados de ánimo adversos.
- No obligar (aunque a veces hay que ser tajante). Obligar a alguien supone que en el mejor de los casos éste haga las cosas porque se lo dicen, no porque crea en sus beneficios. Aunque también ocurre con frecuencia que obligar a alguien a hacer algo ocasiona que éste se ponga más a la defensiva y se resista a activarse.
- Incitarle con cosas que le motivaban (personas, cosas, aficiones...). Para lograr que alguien se ponga en marcha debemos partir de cosas que le motivan, pues la predisposición a hacer algo que nos gusta siempre será mayor.
- Motivarle a hacer cosas aunque no le apetezcan o cuesten. A veces hay que tratar de convencer a los pacientes de que a menudo para ponerse bien es preciso hacer cosas que a uno en principio le cuestan trabajo, pero que son las que más se valoran precisamente porque nos han costado un buen esfuerzo. Además las cosas que cuestan esfuerzo son las que más probablemente se mantendrán a lo largo del tiempo.
- Ofrecerle alternativas de actividad. Si conseguimos implicarle a la hora de tomar decisiones, será más fácil lograr que motu proprio decida hacer algo. Como decíamos antes, las cosas de las que yo no formo parte y que me vienen impuestas me costará más realizarlas.
- Empatizar.
- Incitarle a practicar ejercicio físico y/o mental. El ejercicio físico y mental hace que nos activemos, proporcionando el empuje inicial para ponernos en marcha en cualquier tipo de acción.

8. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

En la página web del Plan Nacional sobre Drogas podemos obtener un listado de los planes autonómicos y las asociaciones que trabajan con familias de personas con problemas de drogas.

<http://www.pnsd.msc.es>

- **Secretaría Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

Teléfonos: 91 822 61 21 y 91 822 61 85

Fax: 91 8226108

E-mail: aporrasc@msssi.es y

cserrano@msssi.es

- **Secretaría Subdirección General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción**

Teléfono: 91 822 61 83

Fax: 91 822 61 88

E-mail: emartinezl@msssi.es

- **Secretaría Subdirección General de Relaciones Institucionales**

Teléfono: 91 822 61 24

Fax: 91 822 60 95

E-mail: relinstipnd@msssi.es

- **Secretaría Subdirección General de Gestión**

Teléfonos: 91 822 61 81 y 91 822 60 59

Fax: 91 822 61 87

E-mail: mmartinezl@msssi.es

- **Secretaría Observatorio Español sobre Drogas**

Teléfono: 91 822 61 35

Fax: 91 822 61 08

E-mail: esanchezf@msssi.es

- **Centro de Documentación e Información**

Teléfonos: 91 822 60 89, 91 822 61 00

y 91 822 61 61

Fax: 91 822 60 90

E-mail: cendocupnd@msssi.es

De las necesidades de los menores a la intervención: un programa con menores en riesgo de desestructuración familiar

17

FRANCISCA FARIÑA RIVERA
RAMÓN ARCE FERNÁNDEZ
MERCEDES NOVO PÉREZ
DOLORES SEIJO MARTÍNEZ

1. INTRODUCCIÓN

La desestructuración familiar, una de las variables que mejor puede predecir desajustes en todos los miembros de la familia, define en algunas ocasiones a las familias que sufren divorcio y separación y las adjetiva como un contexto de riesgo. Sin embargo, si bien el divorcio representa un evento vital estresante tanto para los adultos como para los hijos, su impacto puede diferir de unos casos a otros (por ejemplo, Ge, Natsuaki y Conger, 2006; Overbeek, Vollebergh, De Graaf, Schulte, De Kemp y Engels, 2006). Es más, hay autores que afirman que no es la separación en sí misma la que tiene consecuencias negativas, sino que hay variables mediadoras tales como la edad, el cumplimiento del régimen de estancias y comunicación, las nuevas parejas, el género del padre custodio, la situación económica, el tiempo transcurrido desde la ruptura, el estado psicológico de los padres, la separación de los hermanos, el nivel de conflicto parental previo y posterior a la separación, etc. (Fariña, Seijo, Arce y Novo, 2002). Pero también la gestión y el afrontamiento de los progenitores respecto a la situación de ruptura. En esta dirección se postulan Overbeek et al. (2006) al precisar que además de las circunstancias previas al divorcio, o la calidad marital, la manera en que los padres afrontan la situación constituye el predictor más significativo de la presencia de psicopatología o de alteraciones físicas en los menores. Ahora bien, el patrón de conduc-

tas de los progenitores y su estilo de afrontamiento se nos revelan como factores dinámicos sobre los que cabe la intervención (Andrews y Bonta, 2006), en aras de una adecuada relación de coparentalidad positiva, y para que aquéllos sean capaces de centrarse en las necesidades de sus hijos. En este sentido, los programas educativos y de intervención con las familias en procesos de separación y divorcio configuran un recurso acreditado como facilitadores del buen ajuste y del bienestar de los menores (Sigal, Sandler, Wolchik y Braver, 2011). En este capítulo, tras una revisión pormenorizada de la literatura sobre el impacto del divorcio en el estado de salud físico y psicoemocional de los menores, así como en la asunción de comportamientos de riesgo por parte de éstos, se expone el programa «Ruptura de pareja, no de familia» (Fariña, Seijo, Arce y Novo, 2002). Este programa educativo de apoyo a las familias en proceso de separación y divorcio, implantado en Galicia desde el año 2002, concreta un modelo de intervención en el que, *ab initio*, ha intentado conciliar la atención a las necesidades de los menores con las buenas prácticas de la programación.

2. IMPACTO DE LA RUPTURA EN LOS HIJOS

Los menores que han experimentado la separación o divorcio de sus padres presentan una

mayor vulnerabilidad ante determinados problemas que puede venir explicada, principalmente, por el estrés tóxico al que son expuestos. Desde este posicionamiento, algunos autores afirman que las alteraciones físicas, psicoemocionales y comportamentales, en la mayoría de las ocasiones, se deben básicamente a la inexistencia de una relación de coparentalidad responsable y a una inadecuada gestión de la ruptura (Troxel y Matthews, 2004).

A continuación se revisan las principales consecuencias informadas, tanto sobre la salud física como sobre la psicoemocional, así como los comportamientos antisociales y de riesgo, que pueden presentar los menores que sufren esta contingencia de la separación, si bien, como ya se ha comentado previamente, su impacto puede verse amortiguado por variables del proceso y por variables propias del sujeto. Entre las primeras, destacamos la conflictividad en la gestión del divorcio y la falta de coparentalidad positiva, y entre las segundas, la capacidad de resiliencia de los hijos.

2.1. Alteraciones físicas

La familia es el primer agente de socialización, y es considerado el elemento central y de mayor permanencia en la vida de los niños (American Academy of Pediatrics, 2003). Tal y como advierten Guzmán, Barajas, Luce, Valadez, Gutiérrez y Robles (2008), la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de gran importancia, de tal manera que la funcionalidad familiar puede repercutir en el estado de salud física y psicológica, así como en el desarrollo cognitivo y social, de los menores (American Academy of Pediatrics, 2012; Sun y Li, 2009).

Cuando en la familia existe conflicto y los padres lo gestionan inadecuadamente, se genera una situación que se convierte en un estresor psicosocial crónico y que puede incidir sobre la salud y contribuir a aumentar el padecimiento de diversas alteraciones etiológicamente relacionadas con el estrés (Troxel y Matthews, 2004) (véase la figura 17.1). Así, diferentes estudios han concluido (véase el cuadro 17.1) que los menores que

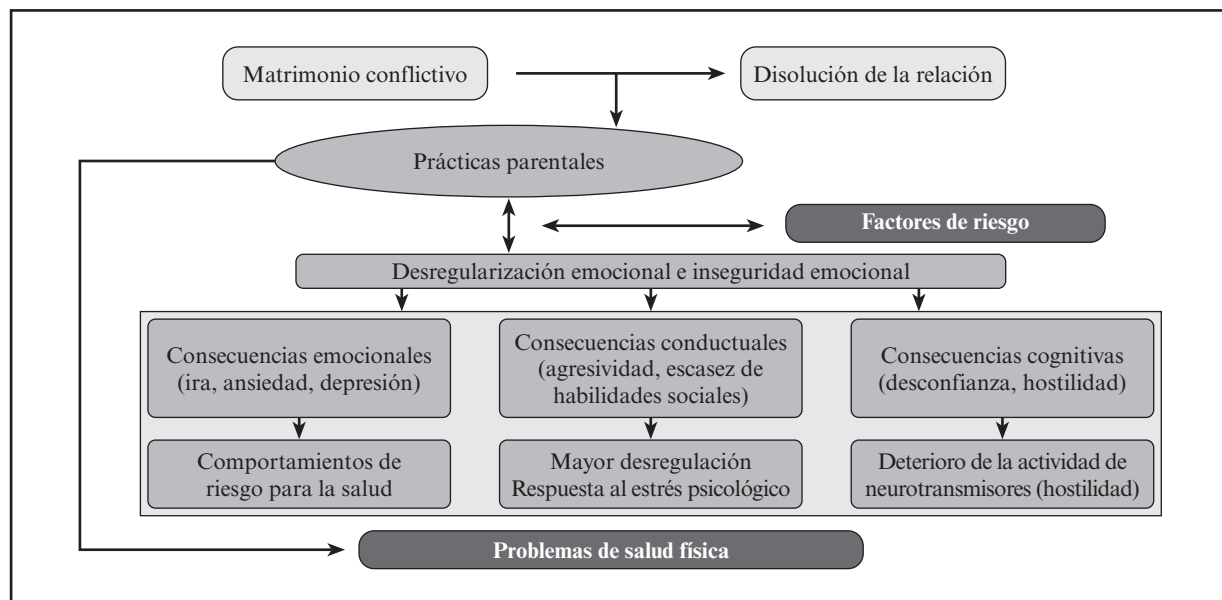


Figura 17.1. Efectos del conflicto y la ruptura de los progenitores en la salud física de los hijos (adaptada de Troxel y Matthews, 2004).

CUADRO 17.1

Hallazgos empíricos sobre el impacto del divorcio de los padres en los hijos

Impacto en los hijos	Estudios empíricos
Hipertensión. Asma. Enfermedades de tipo coronario.	Guzmán et al. (2008); Krantz y Manuck (1984); Standing Committees on Legal Constitutional Affairs (1998).
Enfermedades del espectro respiratorio. Alteraciones de la piel.	Seijo, Souto y Arce (2009).
Alteraciones genitourinarias.	Seijo, Souto y Arce (2009). Seijo, Novo, Carracedo y Fariña (2010).
Quejas psicósomáticas (dolores de cabeza y de estómago).	Orgilés, Amorós, Espada y Méndez (2008).
Disminución de la esperanza de vida y mayor riesgo de mortalidad.	Brown et al. (2010); Ge, Natsuaki y Conger (2006); Martin, Friedman, Clark y Tucker (2005); Ringbäck, Hjern, Haglung y Rosén (2003); Singh y Yu (1996); Schwartz et al. (1995).
Riego de suicidio o tentativa de suicidio de jóvenes menores de edad.	Brezo et al. (2006); De Goede y Spruijt (1996); D'Onofrio et al. (2006); Fuller-Thompson y Dalton (2011); Lester y Abe (1993); Lizardy et al. (2009); McCall y Land (1994); Woderski y Harris (1987).
Alteraciones psicoemocionales de origen internalizante (depresión, ansiedad).	Allison y Furstenberg (1989); Amato (2000); Amato y Keith (1991); Camara y Resnick (1989); Hetherington y Kelly (2005); Landsford et al. (2006); Méndez et al. (2003); Orgilés et al. (2008); Pons-Salvador y Del Barrio (1995); Wallerstein y Kelly (1980).
Alteraciones psicoemocionales de origen externalizante (trastornos de conducta, inadaptación, comportamientos disruptivos).	Allison y Furstenberg (1989); Amato (2000); Amato y Keith (1991); Camara y Resnick (1989); Hetherington y Kelly (2005); Wallerstein y Kelly (1980).
Menor bienestar psicológico percibido.	Orgilés y Samper (2011).
Presencia de psicopatologías en la edad adulta.	Amato (2000); Nunes-Costa et al. (2009); Ross y Mirowsky (1999); Seijo et al. (2010); Waterickx, Gouwy y Bracke (2006).
Conductas delictivas.	Farrington (1990); Frost y Pakiz (1990); Harper y McLanahan (1999); Larson, Swyers y Larson (1995); Rickel y Langer (1985); Sampson (1992).
Tipos de cáncer relacionados con abusos de sustancias o inadecuados hábitos sexuales.	Brown et al. (2010).
Aumento de conductas de riesgo para la salud, como hábitos sexuales inadecuados o abuso de sustancias (alcohol o tabaco).	Doherty y Needle (1991); Fergusson, Flewing y Baumann (1990); Hoffman y Johnson (1998); Horwood y Lynsky (1994); Ringbäck, Hjern, Haglund y Rosén (2003).

se ven inmersos en estos procesos tienden a presentar hipertensión, asma y enfermedades de tipo coronario (Guzmán et al., 2008; Krantz y Manuck, 1984). Para el caso del asma, el Standing Committee on Legal Constitutional Affairs (1998) informa de que los menores provenientes de familias separadas corren hasta el doble de riesgo de padecerla. En un estudio de corte transversal, Guzman et al. (2008) investigaron la relación entre el proceso salud-enfermedad (centrado en el asma) y la funcionalidad familiar, teniendo en cuenta la edad del niño y de la madre, el estado civil y la composición de la familia. Como conclusión, señalan que la disfunción familiar se asocia a familias con pacientes pediátricos asmáticos, planteando que mediante la instauración de cambios en la dinámica familiar se pueden reducir los síntomas del niño asmático y mejorar su calidad de vida. Estos resultados expresan la necesidad de valorar el funcionamiento familiar para un adecuado tratamiento de esta dolencia, asumiendo así un enfoque biopsicosocial (Guzmán et al., 2008; Paena, 2008).

Por su parte, estudios recientes advierten de una mayor incidencia de otras enfermedades. Concretamente, Seijo, Souto y Arce (2009), con una muestra de estudiantes universitarios, al comparar familias intactas con familias separadas, observaron relación entre el estado de salud física de los participantes y la ruptura de los padres, encontrando que las enfermedades del espectro respiratorio, las alteraciones de la piel y las relacionadas con el aparato genitourinario eran más frecuentes en el grupo de hijos de divorciados. En otro estudio, realizado en nuestro país por este grupo de investigación, se constató que aquellos que habían vivido el divorcio de los padres padecieron más enfermedades de tipo infeccioso y relacionadas con el aparato genitourinario (Seijo, Novo, Carracedo y Fariña, 2010).

También se han detectado alteraciones psicosomáticas, tales como dolores de cabeza y estómago, posiblemente derivadas de la ansiedad y presión a los que son expuestos los menores. En este sentido, Orgilés, Amorós, Espada y Méndez

(2008) precisan que la ansiedad que genera la separación en los hijos se manifiesta sobre todo a nivel psicofisiológico y motor, llegando a sentir molestias físicas. Si bien son estos síntomas los más frecuentes en la muestra, estos autores únicamente han podido confirmar diferencias significativas entre menores provenientes de familias intactas y divorciadas en el factor «tranquilidad ante la separación», con puntuaciones más elevadas en los menores de familias separadas, por lo que concluyen que el factor responsable de las quejas psicosomáticas es la ansiedad.

Entre las repercusiones en la salud de los niños también se han señalado la disminución de la esperanza de vida y el mayor riesgo de mortalidad. A este respecto, el estudio de Singh y Yu (1996) informa de que aquellos que habían experimentado la ruptura de sus progenitores antes de cumplir los veintiún años vieron reducida su esperanza de vida en cuatro años. Otras investigaciones reiteran la relación positiva entre el divorcio de los padres y la disminución de los años de vida en los hijos, incluso cuando se controlan otras variables de riesgo, como el hábito de fumar, el alcoholismo, el consumo de drogas, etc. (Brown, Anda, Tiemeier, Felitti, Edwards, Malarcher, Croft y Giles, 2010; Ge, Natsuaki y Conger, 2006; Martin, Friedman, Clark y Tucker, 2005; Ringbäck, Hjern, Haglund y Rosén, 2003; Schwartz, Friedman, Tucker, Tomlison-Keasey, Wingard y Criqui, 1995).

En relación con las causas de mortalidad, y concretamente en el análisis de la conducta de suicidio, la ruptura de los padres se ha evidenciado como una de las causas más frecuentes tanto del suicidio como de la tentativa de suicidio de jóvenes menores de edad, motivando sentimientos de rechazo o pérdida de interés de sus padres hacia ellos (Lester y Abe, 1993; McCall y Land, 1994; Woderski y Harris, 1987). Diversos estudios dan cuenta de una mayor tasa de suicidios en aquellos cuyos padres se habían separado, y de más incidencia en varones que en mujeres (Brezo, París, Tremblay, Vitaro, Zocolillo y Tu-recki, 2006; De Goede y Spruijt, 1996; D'Onofrio, Turkheimer, Emery, Slutske, Heath, Madden y

Martin, 2006; Fuller-Thompson y Dalton, 2011; Lizardi, Thompson, Keyes, y Hasin, 2009).

Con anterioridad hemos expuesto algunos de los hallazgos que concretan el impacto de la separación en la salud física de los hijos. Dando un paso más en el análisis del estado de la cuestión, nos detenemos en las explicaciones que se aducen, centradas fundamentalmente en la relación entre la desestructuración familiar y las alteraciones en el estado de salud de los hijos, que vienen de la mano de la *teoría del estrés*. En este sentido, significaremos la propuesta de Troxel y Matthews (2004) basada en un modelo explicativo *específico* (véase la figura 17.1), que relaciona la disfunción familiar con la presencia de alteraciones físicas y psicoemocionales en los niños. Así, según estos autores, los estilos educativos y los matrimonios conflictivos pueden acarrear consecuencias indirectas sobre la salud de los hijos, haciéndoles más vulnerables a nivel afectivo, cognitivo y conductual. Esta teoría sugiere que el nivel de estrés y la presión a la que se exponen estos menores provocan una afectación sobre el eje hipotalámico hipofisario adrenal (sistema neuroendocrino), que es el responsable de controlar las reacciones al estrés y de regular varios procesos del organismo como la digestión, el sistema inmune, las emociones, la conducta sexual y el metabolismo energético. En efecto, el estrés también puede comprometer el funcionamiento del sistema inmunológico (Boyce, Chesney, Alkon, Tschann, Adams, y Chesterman, 1995). Además, afecta a la producción de la hormona ACTH, que estimula la producción de cortisol (regulador de las respuestas adaptativas al estrés, el humor o el sueño). Asimismo, algunos investigadores afirman que el estrés temprano puede dar lugar a una sensibilización crónica del sistema nervioso central, incluyendo alteraciones en el sistema serotoninérgico, que, desde el punto de vista psicológico, prepara para la acción (Heim y Nemeroff, 2001; McEwen, 2001). Otros autores ya se habían posicionado en la dirección de esta hipótesis explicativa. Concretamente, Flinn y England (1997) encontraron que los niños criados en familias caracterizadas por altos niveles de interacciones

negativas, una disciplina inadecuada o un estilo parental no responsable presentaban anomalías en las respuestas corticoidales.

2.2. Alteraciones psicoemocionales

Las principales alteraciones descritas por la literatura científica (véase el cuadro 17.1) como manifestaciones psicoemocionales que suelen presentar los hijos tras el divorcio de los padres se concretan, entre otras, fundamentalmente, en baja autoestima, ansiedad general y por separación, depresión e inadaptación personal, familiar, escolar y social, que pueden derivar en problemas de conducta, comportamientos disruptivos e incluso, a largo plazo, conductas desviadas, como consumo de sustancias y alcohol, así como comportamientos delictivos. Estas manifestaciones pueden ser subsumidas en dos dimensiones según su origen, internalizante o externalizante (Allison y Furstenberg, 1989; Amato, 2000, 2010; Amato y Keith, 1991; Arce y Fariña, 2007; Camara y Resnick, 1989; Hetherington y Kelly, 2005; Landsford, Malone, Castellino, Dodge, Pettit y Bates, 2006; Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003; Novo, Seijo y Souto, 2010; Orgilés et al., 2008; Wallerstein y Kelly, 1980).

Sin embargo, hemos de señalar que los resultados sobre el impacto del divorcio en el sentido de competencia personal y en la autoestima de los hijos no son consistentes, tal y como hallaron Amato y Keith (1991), tras realizar un metaanálisis. De este modo, aunque algunos informan de menor autoestima en niños y adolescentes cuyos progenitores se han divorciado en comparación con aquellos que permanecen en familias intactas (Long, Forehand, Fauber y Brody, 1987; Smith, 1990), otros no aprecian tales diferencias (Clark y Barber, 1994; Kinard y Reinherz, 1984). A este respecto, toma plausibilidad la hipótesis que considera el transcurso del tiempo como un amortiguador de los efectos negativos del divorcio sobre la autoestima de los niños. Esto es, el divorcio puede tener un impacto importante en la autoes-

tima a corto plazo del que en poco tiempo los niños suelen recuperarse (Barber y Demo, 2006).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad, según un estudio de Orgilés et al. (2008), se definen entre los problemas psicológicos más frecuentes en la población infantil, siendo particularmente más vulnerables los hijos de padres divorciados debido, en la mayoría de las ocasiones, a actuaciones inadecuadas por parte de éstos. En esta investigación, los autores examinaron la presencia de síntomas de ansiedad por separación y ansiedad general en una muestra española de escolares de 8 a 12 años, comparándolos con un grupo de niños de familias intactas, similar en edad y género. Los resultados muestran que los menores que han vivido la ruptura presentan niveles de ansiedad-estado más elevados, aunque no se observan mayores niveles de ansiedad-rasgo. Este hallazgo confirma la tendencia observada en trabajos previos (Pons-Salvador y Del Barrio, 1995).

Los efectos del divorcio de los padres también han sido analizados en relación con el nivel de bienestar psicológico. Recientemente, Orgilés y Samper (2011), en un estudio realizado con menores entre 8 y 12 años, indican que aquellos cuyos padres se habían separado perciben peor calidad de vida que los provenientes de familias intactas. Concretamente, la percepción más adversa sobre la calidad de vida la presentan los menores que presencian discusiones graves entre los progenitores, es decir, que están expuestos al conflicto interparental.

De igual modo, desde una perspectiva más longitudinal en el análisis de las consecuencias de la separación, los efectos del divorcio de los padres se pueden acusar incluso a largo plazo, ocasionando un mayor número de problemas mentales en la adultez (Amato, 2000; Nunes-Costa, Lamela y Figueiredo, 2009; Ross y Mirowsky, 1999; Waterickx, Gouwy y Bracke, 2006). En esta dirección, Seijo, Novo, Carracedo y Fariña (2010) muestran que los hijos de padres separados, en comparación con aquellos de familias intactas, refieren mayor incidencia de alteraciones psicoemocionales y haber recibido más atención psico-

lógica y psiquiátrica a lo largo de su vida. Los hijos de divorciados, en su etapa adulta, experimentan con más probabilidad mayores niveles de estrés psicológico que aquellos que provienen de familias intactas. Más aún, algunos autores apoyan la tesis de la *transmisión intergeneracional* de estos efectos, apuntando hacia una permanencia de los mismos en los descendientes, llegando incluso a afectar a miembros que no habían nacido cuando el divorcio tuvo lugar. Así, Wauterickx, Gouwy y Bracke (2006) encuentran que los adultos cuyos padres se han divorciado obtienen niveles de educación más bajos, menos ingresos, manifiestan más problemas en las relaciones de pareja, presentan vinculaciones afectivas más débiles con su familia y sufren más alteraciones psicoemocionales (angustia, depresión).

Buena parte de las investigaciones también se han aproximado a una *perspectiva de género* al analizar las diferencias existentes entre hijos e hijas. Algunas de ellas señalan que las niñas alcanzan puntuaciones más elevadas que los niños en ansiedad por separación, que van aminorando con la edad (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000; Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003); otros informan de mayores niveles de depresión en las niñas (Barber y Demo, 2006; Emery, 1999) o de menos problemas de agresividad (Allison y Furstenberg, 1989, Barber y Demo, 2006). Si bien debemos seguir investigando sobre esta cuestión, parece que nos encontramos ante estrategias de afrontamiento del estrés provocado por la situación de separación diferenciadas en función del género.

2.3. Comportamientos antisociales y de riesgo

El divorcio ha sido relacionado con distintas manifestaciones del comportamiento antisocial (véase el cuadro 17.1). Diversos autores sostienen que la tasa de divorcio de un país es una variable predictora de su tasa de delincuencia. Así, un estudio llevado a cabo por Sampson (1992) permitió observar que las tasas de divorcio se mostra-

ban como predictoras de las conductas delictivas. Por su parte, Frost y Pakiz (1990) y Larson, Swyers y Larson (1995) hallaron que los hijos de padres separados tienen una mayor predisposición a delinquir que los niños que viven en familias intactas. Asimismo, Rickel y Langer (1985) refieren que los jóvenes criados en familias intactas exhiben menos conductas delictivas, mientras que aquellos cuyos padres han vuelto a formar pareja son más propensos a mostrar conductas disruptivas y antisociales. Harper y McLanahan (1999) encuentran que los niños que viven en ausencia de alguno de los padres biológicos son aproximadamente tres veces más propensos a delinquir y a ser encarcelados que aquellos que provienen de familias intactas. A este respecto, Farrington (1990) sentencia que el divorcio de los padres con anterioridad a los diez años es el mayor predictor de la delincuencia juvenil y de la criminalidad adulta.

De igual modo, entre los comportamientos antisociales y de riesgo se ha advertido la mayor probabilidad de presentar patrones de abuso de alcohol y drogas entre los menores que proceden de familias desestructuradas y separadas o divorciadas con alto conflicto (Doherty y Needle, 1991; Fergusson, Horwood y Lynsky, 1994; Flewing y Baumann, 1990; Hoffman y Johnson, 1998). Un estudio efectuado con más de un millón de niños en Suecia concluye que aquellos que crecen en familias monoparentales tienen mayor riesgo de presentar conductas adictivas en relación con el alcohol, drogas y otras sustancias que aquellos que conviven con los dos padres (Ringbäck et al., 2003). Además, los autores indican que este riesgo es mayor para los varones que para las mujeres. Asimismo, se ha observado una mayor frecuencia de patologías relacionadas con determinados hábitos sexuales o con abuso de alcohol o tabaco, como por ejemplo algún tipo de cáncer (Brown et al., 2010). En nuestro país, el psiquiatra Paulino Castells, en una conferencia impartida en el 58º Congreso de la Asociación Española de Pediatría celebrado en Zaragoza en 2009, afirma que, en adolescentes, la separación o divorcio de los progenitores es una de las cir-

cunstancias que genera la asunción de hábitos de vida de mayor riesgo, entre ellos el consumo de drogas, y puntualiza que uno de cada cuatro adolescentes, hijos de padres separados, se inicia antes de los 14 años en el consumo de alcohol o drogas. En conclusión, «la separación de los padres puede constituir una fuente de desequilibrio emocional para los hijos que podrá favorecer que desarrollen un mayor número de problemas antisociales, siempre que se produzcan exposiciones al conflicto interparental y a agresiones entre los progenitores» (Abrunhosa, 2003, p. 115). Sin embargo, el hecho de que los niños hayan sufrido la ruptura de los padres no implica una determinación hacia un desajuste en su estado de salud físico y psicosocial, e incluso algunos menores consiguen salir reforzados de estas situaciones (Barber y Demo, 2006).

Son muchos los factores que se han examinado por su mediación en el divorcio de los padres, tales como la situación familiar (recursos económicos, apoyo familiar), variables personales de los niños (resiliencia, edad, género), de los progenitores (estado psicológico, disciplina y control) y, sobre todo, el proceder de los padres durante el proceso (conflicto interparental, comunicación parental, toma de decisiones, clima afectivo). En este sentido, los programas educativos con familias en procesos de separación y divorcio, inciden sobre estos factores mediadores, y han mostrado su eficacia como un recurso de intervención (Sigal et al., 2011). A continuación veremos en más detalle la intervención psicoeducativa con familias en procesos de separación y divorcio.

3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

En Estados Unidos y otros países del ámbito anglosajón existe una amplia trayectoria de intervención con familias que se ven inmersas en procesos de separación. Pero no sólo ofrecen este recurso a las familias, sino que además, en el caso de Estados Unidos, se ha incluido en buena parte de las regulaciones de sus estados la participa-

ción obligatoria en este tipo de programas, señalada desde el juzgado. Aunque en nuestro país la realidad es distinta, contamos desde hace ya más de una década con el programa «Ruptura de pareja, no de familia», del que nos ocupamos seguidamente.

3.1. Programa «Ruptura de pareja, no de familia»

Este programa está orientado a familias con hijos menores que se encuentran inmersas en un proceso de ruptura. El modelo de intervención asume los principios de la justicia terapéutica, la psicología positiva y la Convención de Derechos de los Niños. Tiene como objetivo ayudar a todos los miembros de la familia, especialmente a los hijos, a superar el proceso de separación de los progenitores de forma positiva. Este objetivo puede lograrse cuando existe una adecuada labor de coparentalidad, para lo cual son imprescindibles la colaboración, cooperación y comunicación entre los progenitores, así como la reducción del conflicto y de la judicialización de la situación.

Desde su implementación en el año 2002, el programa cuenta con dos modalidades de intervención que se entienden, en la práctica, como dos fases. Una primera intervención que se lleva a cabo cuando el usuario contacta con el progra-

ma, denominado «programa breve», es de carácter individual y se caracteriza por tener una finalidad sensibilizadora. La segunda modalidad, «programa largo», tiene una mayor duración y, aunque también se apoya en intervenciones individuales, es de carácter grupal.

3.1.1. Modalidad programa breve «Ruptura de pareja, no de familia»

Este programa está dirigido a los padres y otros adultos significativos en la vida de los menores, entre los que destacan los abuelos. Su principal fin es sensibilizarlos sobre las consecuencias que la ruptura puede tener en sus hijos. Consta de cuatro sesiones individuales, de una duración aproximada de dos horas por sesión. Esta intervención atiende a varios objetivos: ayudar a los usuarios a afrontar las dificultades propias de la nueva situación a la que se enfrentan, proporcionar orientación sobre el proceso por el que atraviesan e informar de diferentes alternativas de solución a las situaciones problema. De esta manera, la participación de los progenitores en el programa les permite conocer, por ejemplo, las consecuencias que la ruptura puede tener en los menores o los derechos de los hijos y los deberes de los progenitores en procesos de separación y divorcio. Otra de las metas que persigue es que los padres puedan aprender a solventar sus discrepancias, reducir el conflicto y eliminar la judicialización de la relación, minimizando, de este modo, los efectos negativos que produce la ruptura en los menores y en los progenitores. También se les ayuda a entender la mediación como el mejor modo de resolver los conflictos en general, y el de la disolución de la pareja en particular.

A continuación describiremos brevemente los contenidos de las cuatro sesiones:

1. *Primera sesión: presentación del programa e introducción al mismo.* En esta sesión se produce una primera toma de contacto con el usuario; se pretende recabar, me-

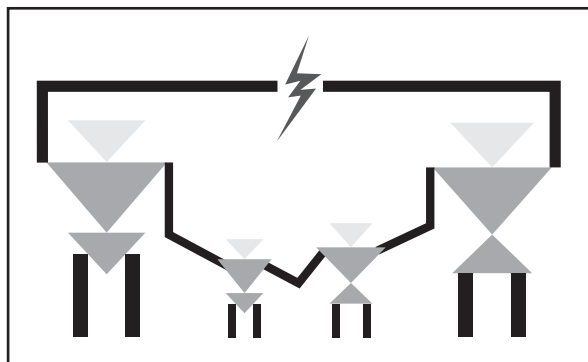


Figura 17.2.

dian­te una entrevista estruc­tu­rada, aque­lla in­for­ma­ción nece­sa­ria para po­der es­ta­ble­cer los pa­rá­me­tros a se­guir en la in­ter­ven­ción, adap­tan­do los con­te­ni­dos a las pe­cu­lia­ri­da­des de la si­tuación y a las nece­si­da­des con­cre­tas del ca­so.

2. *Segunda sesión: consecuencias y reacciones postdivorcio en adultos y menores.* Se ex­po­nen los prin­ci­pa­les efec­tos que la se­pa­ra­ción con­lle­va en los pro­ge­ni­to­res y en los hi­jos, cen­trán­do­se es­pe­cial­men­te en acla­rar y sub­ra­yar que una in­terac­ción pa­ren­tal ju­di­ciali­za­da in­cre­men­ta y agra­va es­tas con­se­cuen­cias y que, por ello, los pro­ge­ni­to­res han de es­ta­ble­cer una re­la­ción de co­pa­ren­ta­li­dad po­si­ti­va. Para fa­ci­li­tarla, se les in­for­ma acer­ca del pro­ce­so de me­dia­ción y de sus be­ne­fi­cios, mo­ti­ván­do­les para que uti­li­cen es­te pro­ce­di­mien­to. Es ha­bi­tual que los usua­rios, fre­cuen­te­men­te in­mer­sos en una ba­ta­lla ju­di­cial, mue­stren des­co­no­ci­mien­to so­bre es­ta apro­xi­ma­ción. Por otra parte, se en­fa­ti­za la nece­si­dad de mi­ni­mi­zar las con­se­cuen­cias ne­ga­ti­vas de la se­pa­ra­ción para lo­grar una bu­ena adap­ta­ción de to­da la fa­mi­lia. Igua­l­men­te, se re­mar­ca a los pro­ge­ni­to­res que de­ben tra­tar de ex­pli­car la se­pa­ra­ción a sus hi­jos de for­ma que pue­dan com­pren­derla y asu­mir­la con el mí­ni­mo co­ste e­mo­cio­nal, así co­mo pro­por­cio­nar­les el apo­yo nece­sa­rio para el ade­cu­ado ma­ne­jo de los cam­bios que su­pone la rup­tu­ra con­yu­gal.
3. *Tercera sesión: derechos de los menores, de­be­res de los pa­dres y be­ne­fi­cios de la co­la­bo­ra­ción pa­ren­tal.* En es­ta se­sión, tras en­tre­gar a los par­ti­ci­pan­tes un ma­te­rial en el que a­pa­re­cen re­co­gi­dos los de­re­chos fun­da­men­ta­les de los me­no­res y los de­be­res que tie­nen los pro­ge­ni­to­res con res­pec­to a sus hi­jos y al otro pro­ge­ni­tor, se pro­ce­de a la ex­pli­ca­ción del mis­mo y se pro­pia­cia la re­flexión de los usua­rios.
4. *Cuarta sesión: comunicación de la decisión a los menores y conclusiones.* En es­ta úl­ti­ma se­sión se pre­ten­de in­te­grar aque­llos

co­no­ci­mien­tos ad­qui­ri­dos a lo lar­go de las se­sio­nes pre­ce­den­tes por me­dio de la re­ca­pi­tu­la­ción y tran­se­ren­cia de las prin­ci­pa­les con­clu­sio­nes ex­tra­í­das. Se ex­pli­can po­si­bles for­mas de co­mu­ni­car a los hi­jos la de­ci­sión de la rup­tu­ra en ca­so de que no se ha­ya he­cho, la im­por­tan­cia de la fa­mi­lia ex­ten­sa a la ho­ra de a­fro­n­tar la nue­va si­tuación, así co­mo al­gunas pa­utas re­la­cio­na­das con la a­pa­ri­ción de nue­vas pa­re­jas. Fi­nal­men­te, se se­ña­lan una se­rie de con­si­de­ra­cio­nes para el ade­cu­ado a­fro­n­ta­mien­to de la si­tuación de se­pa­ra­ción tras la fi­nalización del pro­gra­ma. Ade­más, se mo­ti­va a to­dos los usua­rios a que par­ti­ci­pen en la mo­da­li­dad ín­te­gra del pro­gra­ma «Rup­tu­ra de pa­re­ja, no de fa­mi­lia».

3.1.2. *Modalidad programa largo «Ruptura de pareja, no de familia». Intervención grupal con adultos y menores*

Co­mo se ha se­ña­la­do an­te­rior­men­te, desde el pro­gra­ma bre­ve se in­vi­ta a los usua­rios a par­ti­ci­par en la e­di­ción gru­pal, ha­ciendo ex­ten­si­va la con­vo­ca­to­ria a los miem­bros de la fa­mi­lia ex­ten­sa que sean sig­ni­fi­ca­ti­vos para los me­no­res. Es­ta mo­da­li­dad del pro­gra­ma se de­sar­rol­la si­mul­ta­neamente para ad­ul­tos y me­no­res, aun­que con con­te­ni­dos y té­c­ni­cas de in­ter­ven­ción adap­ta­das a ca­da gru­po.

a) **Intervención grupal con adultos**

En­tre los ob­je­ti­vos de la in­ter­ven­ción con ad­ul­tos (Fa­ri­ña et al., 2002; Fa­ri­ña y Arce, 2006) se se­ña­lan: pa­liar el dé­fi­cit co­gni­ti­vo, for­ta­le­cer la co­mu­ni­ca­ción y la co­la­bo­ra­ción pa­ren­tal, re­for­zar la co­mu­ni­ca­ción pa­dres-hi­jos y me­jo­rar los mé­to­dos de dis­ci­pli­na. La in­ter­ven­ción mo­dal con­sta de 16 se­sio­nes (véase el cua­dro 17.2). En ge­ne­ral, los co­no­ci­mien­tos y co­mpe­ten­cias que de­ben ad­qui­rir los usua­rios tras su pa­so por el pro­gra­ma son los si­guie­ntes:

CUADRO 17.2

Contenidos y objetivos de las sesiones del programa «Ruptura de pareja, no de familia» con adultos

N.º	Contenidos	Objetivos
1	Presentación del programa.	a) Presentar al grupo. b) Exponer los objetivos y la justificación del programa. c) Describir los modos de resolución del conflicto. d) Presentar el programa de menores.
2	Importancia de la estabilidad psicológica en progenitores separados. Estado psicológico de los padres.	Concienciar a los miembros del grupo acerca de la importancia que supone mantener un adecuado equilibrio psicológico para poder ejercer correctamente la función parental.
3	Redefinición de la relación como padres. Beneficio de la colaboración parental.	Redefinir la relación como padres y abordar la coparentalidad.
4	Desarrollo evolutivo de los menores y Estilos educativos de los padres.	a) Conocer el desarrollo evolutivo de los menores. b) Reflexionar sobre las etapas del desarrollo psicosocial que atraviesan los menores. c) Reconsiderar los efectos de la separación teniendo en cuenta la edad de los menores. d) Identificar el estilo educativo predominante en cada progenitor. e) Conocer las repercusiones del estilo educativo sobre el desarrollo del menor.
5	Consecuencias y reacciones postdivorcio en los hijos.	a) Identificar los efectos negativos de un mal ajuste a la separación conyugal. b) Posibilitar que los progenitores sean capaces de encontrar soluciones ante las consecuencias problemáticas de la separación, así como de ponerlas en práctica.
6	Importancia de la comunicación (I). Consecuencias negativas del conflicto.	a) Destacar la importancia de la comunicación no verbal e introducir la interpretación de la misma a partir del lenguaje corporal, la expresión facial o los gestos. b) Resaltar la importancia de la comunicación verbal y de su interpretación aportando recursos al grupo para llevarla a cabo de manera eficaz.
7, 8 y 9	Fenómenos asociados al proceso de separación y divorcio: I) interferencias parentales y alienación parental, II) sobrecarga parental, III) ilusión de reconciliación.	a) Concienciar a los miembros del grupo sobre la importancia de una relación de colaboración y cooperación. b) Reducir conductas de interferencias parentales.
10	Importancia de la comunicación (II). Importancia del contacto de ambos progenitores.	Desarrollar la coparentalidad.

CUADRO 17.2 (continuación)

N.º	Contenidos	Objetivos
11	Técnicas educativas y de comunicación entre padres e hijos (I). Importancia de la comunicación padres-hijos.	a) Resaltar la relevancia de la comunicación entre padres e hijos y la importancia de las técnicas educativas adecuadas. b) Identificar las situaciones conflictivas entre padres e hijos más habituales y plantear de diferentes alternativas de solución.
12	Cómo ayudar a los hijos a adaptarse a la nueva situación.	Proporcionar a los participantes destrezas y habilidades educativas que promueven en los hijos un ajuste óptimo a la nueva coyuntura familiar.
13	Técnicas educativas y de comunicación entre padres e hijos (II). Práctica de métodos de disciplina adecuados.	Aprender estrategias educativas y métodos de disciplina por parte de los progenitores.
14	Deberes y derechos de los menores.	a) Hacer conscientes a los progenitores de sus obligaciones y deberes en relación con sus hijos. b) Concienciar a los miembros del grupo sobre la importancia de defender y salvaguardar los derechos de los menores.
15	Evaluación postintervención.	
16	Cierre del programa.	

- Entender la mediación como el mejor modo de resolver el conflicto.
- Tener presentes las consecuencias que la ruptura puede tener sobre los hijos.
- Conocer los derechos de los menores y los deberes de los progenitores.
- Entender la necesidad de mantener una adecuada relación, plenamente desjudicializada, basada en la colaboración y la cooperación entre los padres.
- Tener en cuenta la importancia de la familia extensa a la hora de afrontar la nueva situación.
- Conocer cómo comunicar a los hijos el proceso de separación, explicando los cambios que va a implicar la nueva situación y cómo se enfocarán y asegurándose de que los niños entienden que el problema afecta a la pareja y no a la familia.
- Significar que el desarrollo evolutivo de los menores no se verá afectado tras la separación de sus padres, si éstos, tras la ruptura de la pareja, son capaces de minimizar los niveles de conflicto y ajustarse de manera óptima a la nueva situación.
- Concienciar sobre la importancia de mantener un adecuado equilibrio psicoemocional que asegure una estabilidad emocional en los hijos. De no ser así, deben recibir ayuda terapéutica especializada.
- Incrementar las habilidades sociales y competencias parentales para dar mejor apoyo, formación y educación a los hijos.

Las técnicas de intervención que están presentes a lo largo de las sesiones se basan en los principios de modificación de conducta, adaptándose

en todos los casos a las situaciones que se requiere trabajar (*role-playing*, modelado, instrucciones, refuerzo).

b) Intervención grupal con menores

Los menores son asignados al grupo en función de su edad y capacidad cognitiva. Antes de iniciar el programa, se les explica de forma individual, y atendiendo a su edad, el significado de su condición de usuarios de aquél. La intervención modal consta de 16 sesiones que abordan

una serie de contenidos programados (véase el cuadro 17.3) y adaptados a las necesidades de cada grupo.

El programa incluye un repertorio de diferentes técnicas de modificación de conducta (resolución de problemas, modelado, reestructuración cognitiva, técnicas operantes, etc.). De forma complementaria, se ha desarrollado material educativo específico para trabajar con los niños, como el libro *Pobi ten dúas casas* (Fariña, Arce, Real, Novo y Seijo, 2001), protagonizado por personajes que permiten desarrollar y abordar

CUADRO 17.3

Contenidos y objetivos de las sesiones del programa «Ruptura de pareja, no de familia» con menores

N.º	Contenidos	Objetivos
1	Presentación del grupo.	Crear un clima afable y de confianza en el grupo fomentando actitudes de respeto y tolerancia entre sus miembros.
2	Flexibilización del concepto de familia.	Ayudar a los menores a aceptar la nueva situación familiar.
3, 4 y 5	Comprensión de la separación y exposición de las reacciones más comunes.	Reducir los efectos negativos que provocan las reacciones emocionales asociadas a la separación parental.
6	Refuerzo del autoconcepto.	Potenciar el autoconcepto del menor con el objeto de mejorar el equilibrio emocional y la capacidad para afrontar la nueva situación.
7	Ilusión de reconciliación.	Aceptar la nueva situación familiar de ruptura parental.
8	Aceptación de la nueva situación.	Aceptar la nueva estructura familiar de forma normalizada y constructiva.
9 y 10	Entrenamiento en habilidades de comunicación.	Aplicar las habilidades de comunicación a distintas situaciones relevantes.
11, 12 y 13	Entrenamiento en resolución de problemas.	Identificar los problemas más habituales que han de afrontar y resolver, discerniendo los que están dentro de su control de aquellos que están fuera.
14	Previsión de cambios.	Adaptarse de forma positiva a los cambios vinculados a la separación parental.
15	Evaluación postintervención.	
16	Cierre del programa.	

contenidos específicos a lo largo de las sesiones, o el subprograma de *Desarrollo de la competencia social. Intervención con preadolescentes inmersos en procesos de separación y divorcio* (Fariña, Arce, Vázquez, Novo y Seijo, 2010).

4. CONCLUSIONES

La ruptura de los padres representa un estresor psicosocial para los hijos que puede desencadenar alteraciones importantes en su estado de salud físico y psicosocial. Según la American Academy of Pediatrics (2012), no es únicamente la adversidad lo que predice desajustes y patrones de salud negativos en estos niños, sino la ausencia de adecuadas relaciones que les ofrezcan protección y apoyo y que les permitan adaptarse y combatir eficazmente el estrés. En este sentido, es fundamentalmente en el marco de la familia en el que debemos intervenir. En este capítulo, el lector ha tomado contacto con el programa «Ruptura de pareja, no de familia», que a lo largo de los

años, y en aras de la mejora de la calidad, ha ido sistematizando la intervención con las familias. Es nuestro interés difundir esta experiencia como una buena práctica de la programación (Maya, García y Santolaya, 2007).

Sin duda, como señala la American Academy of Pediatrics (2012), es necesario desarrollar programas de parentalidad positiva. A nuestro entender de manera primordial en casos de separación y divorcio. Éstos han de dotar a los progenitores de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar el conflicto, compartir responsabilidades, centrarse en satisfacer las necesidades de sus hijos y evitar la judicialización del caso. Hemos confirmado la importancia del problema, disponemos de la tecnología y las herramientas necesarias para la intervención, luego estamos ante una *alta prioridad para la intervención* (Pineault y Daveluy, 1989). Ahora bien, es necesario el compromiso de todas las administraciones con competencias para poder llegar a todos los casos y hacer una realidad los derechos de los niños en procesos de separación.

La prevención selectiva en el ámbito educativo y las buenas prácticas

18

JUAN MANUEL GONZÁLEZ DE AUDIKANA DE LA HERA
M.^a TERESA LAESPADA MARTÍNEZ

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo es un resumen de una investigación sobre los programas de prevención selectiva en los centros de iniciación profesional apoyados por los planes de drogodependencias de la CAPV, realizado por el Instituto Deusto de Drogodependencias, merced a una ayuda económica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas durante un período de tres años, de noviembre de 2008 a noviembre de 2011¹.

En dicha investigación se han realizado las siguientes actividades principalmente:

1. Un acuerdo con entidades de la iniciativa social especializada en prevención y con una serie de centros con programas de iniciación profesional, para implicarles en la investigación.
2. Aplicación de un cuestionario sobre el consumo y otras variables a los alumnos de 1.º curso del PCPI de 16 centros (sobre

un total del 72 centros) en 51 aulas (sobre un total de 183 aulas) y con 471 encuestas recogidas, de las cuales 416 son válidas y 55 no (sobre unos 2.196 alumnos).

3. Aplicación del cuestionario al mismo grupo de alumnos de 1.º curso del PCPI, pero al final del curso, en junio, ampliando la muestra a 28 centros, 88 aulas y 730 encuestas recogidas, de las cuales 641 son válidas y 89 no.
4. Entrevistas en profundidad a responsables de 28 centros con programas de iniciación profesional.
5. Entrevistas en profundidad a cinco entidades que desarrollan proyectos de prevención selectiva escolar y que están involucradas en estos programas.

La selección de los centros no fue al azar, sino que se realizó en función de los acuerdos que las entidades que desarrollan proyectos de prevención selectiva sostienen con los centros educati-

¹ El estudio lleva el nombre de «Investigación evaluativa de las experiencias de prevención selectiva en los centros de Garantía Social de la Comunidad Autónoma del País Vasco». Estuvo dirigido por la doctora María Teresa Laespada Martínez, participando como coordinador y redactor Juan Manuel González de Audikana, con la colaboración de Javier Elzo Imaz, Ioseba Iraurgi Castillo, Elisabete Aróstegui Santamaría e Izaskun Sarabia Gonzalvo.

La fecha de inicio, noviembre de 2008; la fecha de finalización, noviembre de 2011. El objetivo general es desarrollar una metodología eficaz de prevención selectiva de drogode-

pendencias en el ámbito de la enseñanza de garantía social-iniciación profesional (CGS-CIP-PCPI), a partir de un procedimiento de buenas prácticas. La hipótesis de partida de la investigación es que en la comunidad autónoma del País Vasco hay una serie de intervenciones y experiencias de prevención selectiva de drogodependencias en el ámbito de la formación de garantía social o iniciación profesional (CIP/PCPI), que metodológicamente son deficitarias (déficit en el diseño, escasa definición y con debilidades estructurales), pero que son susceptibles de mejora después de un proceso evaluativo.

vos que colaboran en esta labor y, junto a ellos, se seleccionaron otros centros educativos sin vinculación alguna en proyectos preventivos, a modo de grupo de control. Por tanto, los datos referidos a las encuestas realizadas por los alumnos habrá que contemplarlos con precaución, a pesar de que la proporción de alumnos es elevada con respecto a su universo.

Las iniciativas de prevención específicamente diseñadas para grupos manifiestamente vulnerables en la CAPV dan sus primeros pasos en la segunda parte de la década de los noventa, concretamente, en los municipios de Bilbao y de Barakaldo. A través de un acuerdo de colaboración entre el ayuntamiento de Barakaldo y la Fundación Etorkintza se promovió un proyecto de intervención en el medio abierto con menores consumidores habituales de drogas, para, después, ampliarse al Centro de Iniciación Profesional (CIP). En el municipio de Bilbao fue una operación que desarrolló el equipo técnico de prevención municipal para acercarse a los centros de iniciación profesional de la localidad. Las primeras acciones desarrolladas fueron muy experimentales, por cuanto el peso de la práctica se basaba en la prevención primaria, y eso era lo que no se consideraba suficiente para estos colectivos, lo que obligaba a desarrollar estrategias de intervención novedosas sin suficiente evidencia práctica de eficacia.

En aquellos años todavía no se utilizaba el término de prevención selectiva y se hablaba de prevención secundaria de personas en riesgo o prevención con personas vulnerables o prevención secundaria de riesgos (Comas, 2006). Este planteamiento responde a un modelo que se podría calificar de manera común de «clásico» (concepto nada peyorativo que utiliza Becoña, 1999 y 2002), en el que la prevención venía siendo conceptualizada siguiendo los criterios aplicados en salud pública, incluyéndola dentro del grupo de enfermedades infectocontagiosas y distinguiendo tres niveles de intervención: prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1980).

En 1994, la *American Institute of Medicine* recoge y divulga una nueva propuesta de clasifica-

ción realizada por Gordon en 1987 con tres niveles: universal, selectiva e indicada (Comas, 2006). Posteriormente, Elisardo Becoña publica *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas* (1999) y *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias* (2002), y Gregor Burkhart escribe el informe *La prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega* (2003); estos textos divulgan entre los castellanoparlantes la nueva propuesta (Comas, 2006), de tal manera que se ha convertido en la clasificación utilizada de forma masiva, pese a las reticencias iniciales.

En el marco de la CAPV, el V Plan de Drogodependencias de 2004-2008 (Bilbao et al., 2006) da un fuerte empuje a tal estrategia, ya que recoge cuatro líneas de prevención: universal, selectiva e indicada, a las que hay que añadir la de prevención determinada dirigida a los consumidores y adictos en alta exclusión social.

Dentro de la línea de prevención selectiva se acogen cuatro programas, de los cuales uno es en el ámbito escolar. A partir de aquí se suceden una serie de acciones para promover la prevención selectiva auspiciadas por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, que resumimos brevemente:

- Se valora la prevención selectiva en colectivos vulnerables en la orden de subvenciones (sin menospreciar a los otros proyectos de prevención universal).
- Se realizan diversas iniciativas de prevención selectiva enclavadas en estrategias de reducción de riesgos con personas usuarias, que tienen un carácter puntual y se aplican en centros educativos, en espacios festivos y en discotecas.
- Se organizan dos simposios específicos: *Los menores vulnerables y su relación con las drogas* (Instituto Deusto de Drogodependencias, VV.AA., 2004) y *Prevención selectiva de consumo de drogas en menores vulnerables* (Instituto Deusto de Drogodependencias, VV.AA., 2005), que sirven de impulso y difusión de un nuevo modo de abordar la prevención.

- Se realiza un seminario práctico (2006) con los profesionales de la CAPV.
- A partir del seminario se desarrolla un grupo de trabajo (2007)² con entidades y equipos técnicos locales en el que se debatió el diseño y la metodología de la prevención selectiva y se elaboraron recomendaciones, entre las que se encontraba el desarrollo de un proyecto formativo para el profesorado.
- Con una de las recomendaciones de dicha comisión se elaboró un programa formativo para profesores sobre prevención selectiva en el ámbito escolar que vino en denominarse *MOTIBATU*. La organización corrió a cargo del Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto) a través del convenio con la Dirección de Drogodependencias, y en el año 2008 se desarrollaron cuatro cursos de 20 horas que venían homologados y certificados por el Departamento de Educación, en los que participaron más de 70 profesores.
- A pesar del cambio de legislatura y de gobierno que se produce en 2008, los nuevos responsables continúan apoyando el proyecto *MOTIBATU* y se introducen mejoras después de la evaluación en el curso 2009-2010. Asimismo, se redujo el número de cursos a dos, que se realizaron en turno de tarde, de manera que hubo mucho más equilibrio con los profesores de los PCPI.
- Los recursos no gastados se invirtieron en el apoyo y promoción de proyectos preventivos en los PCPI, con la contraprestación de facilitar la investigación. En 2010 se continuó con la misma dinámica, se impartió un curso y se prolongó la ayuda directa a los proyectos en los PCPI, en apoyo al desarrollo de algunos concretos en centros de PCPI durante los dos cursos de un ciclo.
- Finalmente, la prevención selectiva se incluye en la propuesta del VI Plan de Adicciones 2011-2015, aprobado por el Parlamento vasco el 4 de abril del presente año³.

Por tanto, la base fundamental de la recogida de datos de esta investigación que aquí se resume ha girado sobre los proyectos de prevención selectiva desarrollados en centros de iniciación profesional en los últimos años (2009-2011); es decir, no se ha recogido información de las actividades puntuales de reducción de riesgos, que se vienen realizando con el alumnado de secundaria.

Todos esos incentivos favorecieron la estructuración y el desarrollo metodológico de los proyectos de prevención selectiva en el ámbito escolar; sin embargo, a día de hoy, siguen siendo pocos los centros que aplican estos proyectos y esto puede deberse a que:

- El espacio preventivo está copado por los proyectos universales, que han venido contando con más recursos, con un mayor

² La comisión de trabajo sobre la prevención selectiva elaboró el documento *Borrador del proyecto de impulso de la prevención selectiva en centros educativos de secundaria MOTIBATU*. El documento fue fruto del debate y la reflexión de un grupo de trabajo constituido por 16 técnicos de los equipos de prevención de los ayuntamientos; un técnico por parte del Departamento de Educación, Universidades e Investigación, otras nueve personas técnicas por parte de entidades especializadas de la iniciativa social; Teresa Laespada, del Instituto Deusto de Drogodependencias, y Juan Manuel González de Audikana, actuando como coordinador del grupo y redactor del documento, por encargo de la Dirección de Drogodependencias, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

El trabajo se desarrolló a lo largo de casi un año, entre junio de 2007 y mayo de 2008 (el documento no se publicó pero se puede solicitar al coordinador). Una de las recomendaciones del grupo fue la de promover un programa formativo para el profesorado con reconocimiento por parte del Departamento de Educación, a fin de sensibilizar y animar el desarrollo de proyectos de prevención selectiva. Dicho proyecto se denominó *MOTIBATU*.

³ El VI Plan de Adicciones 2011-2015 fue aprobado por el Parlamento vasco el 4 de abril del presente año, y no está publicado aún pero se puede acceder a él a través de la página web oficial del Gobierno vasco, Departamento de Sanidad.

apoyo por parte de entidades y centros y que en definitiva están más consolidados.

- Los proyectos de prevención selectiva son más difíciles de desarrollar que los universales, al exigir una mayor implicación y una mayor plasticidad para adaptarlos a las exigencias y necesidades del alumnado al que se dirigen.
- El desarrollo de actividades puntuales de reducción de riesgos ha servido para proyectar la imagen de que «algo se hace» en este espacio, esquivando compromisos más profundos.
- En algunos casos se han reclasificado, sin ningún rubor, proyectos de prevención universal como proyectos de prevención selectiva.

Los apartados en los que hemos organizado este capítulo son:

- El avance que supone el concepto de prevención selectiva.
- La determinación de poblaciones objeto de una intervención selectiva.
- Factores de riesgo relevantes para una intervención de prevención selectiva.
- Modelos interpretativos creados a partir de la interacción de diversos factores.
- Definición operativa y fundamentos de los proyectos de prevención selectiva.
- Acciones desarrolladas en los proyectos de prevención selectiva, y su valoración.
- Las buenas prácticas en los proyectos de prevención selectiva.
- Los recursos.

2. EL AVANCE QUE SUPONE EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN SELECTIVA

Cuando surgió la epidemia de drogodependencias, a comienzos de los sesenta, en los países más desarrollados, y en los setenta en el Estado español, poco se sabía de sus causas y de cómo

hacerle frente, más allá de las políticas de control. Poco a poco se fueron realizando investigaciones que han ido aportando luz sobre el fenómeno. De ellas resaltamos dos ideas especialmente relevantes para entender la prevención selectiva:

- **La idea de factor de riesgo.** La idea es que al uso de drogas, al consumo problemático, a la drogodependencia, no se llega por azar, ni por una única causa, sino por la influencia de una serie de factores de riesgo de diversa índole, con diverso peso y que interactúan entre sí; aunque no hay acuerdo total sobre el peso de los diversos factores y no se conoce con precisión el modo en que se produce esta interacción.
- **Señalar la adolescencia como un momento clave en el inicio de la práctica de tales conductas.** La adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias. Se ha constatado que una serie de cambios fisiológicos, cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas en general y al uso de drogas en concreto; de forma que el uso de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en la adolescencia (Elzo et al., 1984; Barca Lozano et al., 1986; García Pindado, 1992; Gómez-Reino et al., 1995; Vallés Lorente, 1996).

Estas ideas fueron un gran avance con respecto a lo poco que se sabía sobre las causas de los consumos abusivos y cómo prevenirlos, contribuyendo a que se pusiera en marcha, a finales de los ochenta, un modelo de prevención caracterizado entre otras cosas por:

- Ir dirigido a los menores, niños y niñas, y sobre todo a los preadolescentes, adolescentes y a la primera juventud.
- Aunque está presente en diversos ámbitos (familia, comunidad, agrupaciones juveni-

les de tiempo libre...), es el medio escolar en que tiene una mayor implantación y desarrollo.

- Los programas se adecuan al marco en el que se desarrollan (escuela, una agrupación juvenil, los padres de un centro, etc.) y a las características básicas del grupo, fundamentalmente la edad, pero no distinguen si hay diferencias en cuanto a la vulnerabilidad que pueden tener diversos subgrupos dentro de cada colectivo.
- Se dirige a evitar el uso de drogas, tiende a considerar al propio consumo como problemático y, por tanto, tiene como objetivo el no consumo.

Este planteamiento respondía al mencionado modelo clásico (prevención primaria, secundaria y terciaria), en el cual el uso de drogas era el factor determinante, y el pensamiento de los profesionales asociaban el uso de drogas al consumo problemático. Se mantenía la idea de que todos los consumos de drogas ilegales, o incluso el uso de drogas legales —al menos por parte de meno-

res—, eran problemáticos y, por tanto, debería ser explicado a través de factores de riesgo (actualmente hay más discrepancias y matizaciones al respecto).

Basándonos en cómo recogen Elisardo Becoña (2002) y Gregor Burkhardt (2003), en sus textos citados, los dos planteamientos, nosotros elaboramos un esquema de comparación (véase más abajo).

La clasificación actual distingue el riesgo del hecho mismo del consumo, lo cual, para muchos profesionales, entre los que nos encontramos, es un aspecto positivo porque entendemos que el consumo es muy frecuente entre la adolescencia y la juventud, pero son una minoría los que llegan a consumos problemáticos. Como apunta Gregor Burkhardt (2003):

«El incremento en el uso recreativo de drogas por parte de los jóvenes ha despertado una creciente preocupación en la Unión Europea. Sin embargo, sólo una minoría de los jóvenes que experimentan con drogas evolucionan hacia patrones problemáticos de uso, mientras la

Modelo actual de intervención (American Institute of Medicine)	Modelo clásico, proveniente de salud pública
Universales. Dirigidas a la población infantil y juvenil en general, sin establecer diferenciación alguna en términos de vulnerabilidad o de las conductas de riesgo de los grupos destinatarios de la intervención.	Primaria = Prevenir. Intervenir antes del problema (evitar el uso, el uso repetido), prevención del uso.
Selectivas. Dirigidas y aplicadas en contextos, áreas o grupos de niños adolescentes y jóvenes identificados como vulnerables, porque tienen un riesgo mayor que el promedio de esa misma población de desarrollar consumos problemáticos, debido a que sobre ellos influyen más factores de riesgo o más poderosos.	Secundaria = Tratamiento. Detección e intervención precoz cuando ya se ha producido el problema (¿consumo? o ¿consumo problemático?) ¿para evitar la dependencia o para «dejar» la dependencia? Aunque a menudo se ha utilizado como prevención de personas en riesgo por haber consumido sin ser adictas.
Indicadas. Dirigidas al abordaje de personas de alto riesgo porque en ellas se concitan factores específicos de vulnerabilidad que actúan a nivel individual. Personas con consumos frecuentes (no adictas) y/o con problemas de comportamiento, que requieren una intervención a su medida, individualizada.	Terciaria = Rehabilitación. Aplicada cuando el problema ha aparecido para evitar los daños producidos por el uso, las complicaciones derivadas de ello y las recaídas. ¿Reinserción?

mayoría abandona paulatinamente el consumo tras la adolescencia».

En la CAPV existe un proyecto de investigación longitudinal sobre el consumo en edad escolar, en el que venimos colaborando los dos autores de este capítulo, desarrollado desde hace algunos años por el Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto. El proyecto no tiene una cadencia exacta en su realización, pero permite a través de sus ocho estudios observar la evolución del consumo de drogas en los escolares de enseñanza media desde el año 1981 hasta la actualidad (*Drogas y Escuela VIII, 2011, 30 años después*); en el informe correspondiente a 1996 escribíamos (Itza y González de Audikana, 1996):

«Si bien el uso de drogas parece ir en aumento, no menos cierto es que se mantiene que gran parte de los usuarios van a tener una relación muy breve con las drogas limitándose a unos pocos consumos. Por lo que para muchos de los adolescentes y jóvenes el hecho de consumir consiste en una actividad de tanteo exploratorio y/o de respuesta a cierta presión social (poder decir que la he consumido, poder presumir, no ser considerado un crío ante quienes lo han hecho...).

... si bien **debe quedar muy claro que los grupos que abusan de una u otra sustancia son siempre muy minoritarios, incluidos los usuarios habituales de los derivados del cannabis**. Señalamos esto con negrita porque a menudo se realizan lecturas distorsionadas de los datos y parece que la mayoría de los jóvenes recorre el proceso (de probar a la dependencia), cuando en realidad —y a la lectura de los datos que hemos proporcionado me remito— son muy pocos los que van a tener problemas por el uso de drogas».

Evidentemente no hemos sido los únicos en apuntar en esta dirección. Diversos autores lo han planteado y verificado (Kandel, y *su modelo secuencial*, 1982-1985-1996, o Simons, Conger y Withbeck y su *teoría multietápica del aprendizaje*,

1988), señalando que desde que se produce el inicio y el consumo experimental hasta que se alcanza el consumo abusivo, se atraviesan diferentes fases de consumo y relación con las sustancias, y esas fases no son lineales, continuas o iguales, sino que varían las drogas consumidas y las motivaciones que impulsan a los usos. Hay un acuerdo, fundamentado en los datos epidemiológicos, de que se comienza a consumir alcohol y tabaco, para luego pasar al cannabis y de ahí a otras drogas ilegales, pero eso nada tiene que ver con las falsas ideas de la escalada, ya que el paso de una etapa a otra de consumo superior no es algo inevitable sino que es una condición y un factor de riesgo, pero por cada ascenso de escalón el grupo disminuye, porque se reduce el número de quienes pasan a un estadio de mayor consumo. Sin embargo, los autores anglosajones han tenido cierta tendencia a vincular incluso los primeros consumos entre menores a prácticas desviadas, a valores no prosociales o a conductas antisociales, pero eso, que ocurre en algunos casos, en este momento y en esta región geográfica no es exacto.

Para aportar datos que soporten esta idea hemos repasado los estudios epidemiológicos que se han realizado en la CAPV bajo el programa del Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco desde 1992 hasta 2010 (*Informes del Observatorio Vasco de Drogodependencias*), y los hemos comparado con la evolución de la demanda de tratamiento recogida en el Sistema de Información de Toxicomanías de la CAPV (2010), que se articula con el del Plan Nacional.

Según lo que nos apuntan las series de datos de estos estudios epidemiológicos, la tendencia observada es que ha ido creciendo el número de personas que han experimentado con cada una de las sustancias, hasta mediados de la década pasada, para luego reducirse algo y estabilizarse en los últimos años (véanse los cuadros 18.1 y 18.2), y algo similar se puede deducir de las series Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España [EDADES: *Observatorio Español sobre Drogas (OED)*. Informe 2009, fuente: DGPNSD].

Un dato importante que se obtiene de los mencionados estudios epidemiológicos sobre el

consumo es la relación que se establece entre éste y la edad: desde mediados de 2000 los usos experimentales, es decir, el haber probado, se extienden entre las diversas franjas de edad, aunque son mayoritarios entre menores de 35 años; los consumos actuales en el último mes, sin embargo, tienden a concentrarse entre los menores de 30 años, y eso es una constante en todos los años (serie *Euskadi y Drogas*, 2006-2010: SIIS y Observatorio Vasco de Drogodependencias, Gobierno Vasco. Algo semejante se observa en las series mencionadas de Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España: *EDADES*, 2009). Es decir, cada vez hay más personas de más de 30 años que han probado drogas ilegales en alguna ocasión, pero los consumos actuales son más propios de personas más jóvenes, lo que nos invita a pensar que muchas personas consumieron de jóvenes, pero ya, de adultos, no lo hacen.

Analizando los datos sobre las personas admitidas a tratamiento en el año (véanse cuadros 18.1 y 18.3), nos encontramos con cierta estabilidad en cuanto al número, aunque con cambios con respecto a las sustancias.

- La heroína ha disminuido su presencia, y en el período 2002-2003 dejó de ser la sustancia que demandaba más inicios de tratamiento, a favor de la cocaína.
- El incremento de la demanda asistencial por consumo de cocaína se ha estabilizado a partir de 2006 y comienza a haber un número importante de personas consumidoras de cocaína que reinician tratamientos, de forma que en 1997 para el 65,1 por 100 de estas personas era su primer tratamiento, mientras que en 2010 sólo lo ha sido para el 50 por 100 de las demandas.
- Cobra importancia, en cuanto a la demanda de tratamiento, el cannabis, aunque estos datos deberían ser objeto de un análisis más cuidadoso, puesto que una parte de esta demanda puede tener que ver con la aplicación del artículo 25 de la LOPSC.
- Sustancias como el LSD o el éxtasis no son relevantes en cuanto a la demanda de tra-

tamiento. El LSD nunca ha superado los ocho casos anuales y el éxtasis alcanzó su máxima demanda en 1996, año en el que se atendieron a 17 personas por esta causa, y a partir de 2003 no se han superado las cinco personas anuales.

Poniendo en relación los datos de consumo arrojados por las encuestas con los de tratamiento, y si tenemos en cuenta la distancia que existe entre el inicio en el consumo y la demanda de tratamiento (véase cuadro 18.1), podríamos deducir que a las variaciones en los datos epidemiológicos les deberían corresponder variaciones en el mismo sentido, pero de seis a diez años después, y eso no parece que ocurra:

- La demanda asistencial crece, aunque sólo hasta 2004, coincidiendo con el incremento de la demanda de tratamiento por cocaína, pero a partir de entonces va descendiendo paulatinamente, luego no parece ocurrir lo que la lógica de los datos indica.
- La demanda asistencial por cocaína crece hasta 2005, y a partir de esa fecha toma una línea descendente, que no coincide con el incremento de experimentación con esta sustancia hasta 2004.
- A pesar del descenso de la demanda asistencial por heroína, no parece que su uso vaya a desaparecer sino que mantiene una constante línea en tendencia plana y en un colectivo muy minoritario.
- La demanda de tratamiento por anfetaminas, aunque muestra una tendencia creciente en el total de estos 15 años, sin embargo está sometida a grandes oscilaciones que no se corresponden con el incremento paulatino del consumo.
- La escasa demanda de tratamiento por consumo de sustancias como el LSD o el éxtasis, es totalmente independiente del incremento de los niveles de consumo. Quizá puedan ser que estas sustancias se consuman en un período determinado, a partir del cual se abandone o modere su consu-

CUADRO 18.1

Evolución de la proporciones de personas calificadas como bebedoras excesivas, comparación con las personas admitidas a tratamiento por problemas de alcohol

Proporción de personas bebedoras excesivas (65-120 g de alcohol puro) + Bebedoras de riesgo (>120 g de alcohol puro) en días laborables y fines de semana (porcentajes)													
Año	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010			
Días laborales	2,90	1,00	0,90	0,50	1,50	1,50	1,90	1,00	2,00	1,50			
Fines de semana	13,20	9,30	10,50	6,50	3,60	5,70	17,40	13,90	13,80	9,60			
Personas admitidas a tratamiento por problemas con el alcohol													
Año		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personas admitidas a tratamiento		724	749	923	1.117	1.075	1.095	975	994	983	1.061	1.086	1.089

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio Vasco de Drogodependencias y del Servicio de Información de Toxicomanías de la CAPV.

CUADRO 18.2

Evolución de la proporciones de personas calificadas que han experimentado con diversas sustancias ilegales

Los que al menos han probado alguna de estas sustancias	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Cannabis	21,9	21,6	27,5	23,6	25,9	26,3	31,7	36,2	33,8	34,2
Anfetaminas, speed	3,4	3,9	4,3	4,9	5,6	7,5	11,1	8,8	8,6	6,8
Cocaína	3,2	3,6	3,9	4,2	4,7	6,7	9,9	8,1	8,7	6,8
Heroína	0,7	0,9	0,8	0,8	0,4	1,0	0,9	1,0	1,0	0,5
Éxtasis		1,0	1,9	2,3	2,3	3,3	4,5	2,6	3,3	2,3

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio Vasco de Drogodependencias de la CAPV.

CUADRO 18.3

Personas admitidas a tratamiento por años según sustancias y cómputo global

Droga ilegal motivo de demanda	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroína	1.755	1.502	1.233	945	897	849	728	636	611	515	504	435	467	442	423
Cocaína	95	139	195	326	322	377	438	735	902	941	833	826	904	768	710
Cannabis	68	68	84	90	73	106	115	150	177	183	189	208	235	269	346
Anfetaminas	79	113	92	99	72	60	129	123	135	117	116	154	143	138	127
Éxtasis	17	15	15	10	13	21	14	5	2	2	0	4	4	7	8
Heroína + cocaína									25	23	17	13	6	9	6
Otras	61	64	48	34	44	40	33	84	44	39	43	35	49	45	44
Total	2.058	1.886	1.652	1.494	1.408	1.432	1.443	1.728	1.894	1.818	1.701	1.671	1.804	1.671	1.666

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio Información de Toxicomanías de la CAPV.

mo o faciliten el acceso hacia otras sustancias que sí van a producir tasas más altas de adicción.

- En el caso del cannabis sí hay una clara correspondencia entre la tendencia de consumo creciente con el incremento en la demanda de tratamiento. Casi podríamos decir que ésta es la sustancia que hace mantener los números de la demanda asistencial, ya que las dos sustancias más importantes han reducido su influencia. Por otro lado, la demanda es reducida con respecto a los niveles de consumo, y hoy volvemos a insistir sobre el sesgo de que una parte de esta demanda puede estar motivada para evitar las multas en aplicación del artículo 25 de la LOPSC.

Estos datos, aunque no totalmente concluyentes, sí apuntalan la idea de que hay una gran distancia entre el total de las personas que se inician en el consumo de drogas —podríamos decir que se suben al tren del consumo— y los que tienen problemas de dependencia —los que llegan a la estación final—; muchos se montan pero la gran mayoría se apean en las estaciones intermedias, sobre todo en las primeras, sin esperar la última estación.

Algunos autores (Matza y Sykes, 1961; Matza, 1964; Lavoubie, 1996) expresan la idea de que los adolescentes y jóvenes, por su situación personal y social, desarrollan una actitud de tanteo, de forma que **sin la influencia de peculiaridades especiales** llevan a cabo conductas que podrían ser consideradas problema, saltando de un lado a otro de la raya que supuestamente define la «normalidad» y combinando los comportamientos adaptados —como los estudios o la participación en clubes deportivos culturales o de tiempo libre—, con otros comportamientos no convencionales —como las molestias a los vecinos, el deterioro del mobiliario urbano o el consumo de drogas—, hasta que van madurando, asumiendo responsabilidades sobre su propia vida, y se convierten en personas adultas responsables e integradas.

La adolescencia es un proceso complejo en el que se mezclan los cambios fisiológicos, los psicológicos y los relativos a su estatus. La persona adolescente desarrolla una serie de capacidades que van definiendo su identidad personal (quién soy) y su identidad social (qué soy para los demás); sin embargo, esta última está limitada por el desarrollo de roles sociales. Hasta la década de los sesenta la mayoría de los adolescentes y jóvenes al finalizar la educación obligatoria se iniciaban en los roles de adulto al comenzar a trabajar y ser capaces de llevar una vida autónoma; a partir de esa década los cambios económicos y sociales permitieron ampliar la formación, de manera que se ha ido retrasando paulatinamente la edad de incorporación a las responsabilidades adultas (trabajo, vida autónoma, familia...), y esta gran masa de personas jóvenes que se han ido quedando en tierra de nadie —no son niños dependientes pero tampoco adultos autónomos— han dado lugar a una cultura juvenil con unos valores y estilos de vida propios que les permiten acceder a una identidad propia, la de joven, diferenciándose a la vez de los niños dependientes y de las personas adultas (Zárraga, 1985).

Las personas adolescentes se tienen que ir preparando para asumir los riesgos de las personas adultas, y como si de un entrenamiento se tratara van, poco a poco, tomando otros riesgos a modo de test de autonomía (me atrevo a hacer, puedo hacer...). Beber alcohol y fumar tabaco y/o cannabis son una buena oportunidad para mostrar valentía e independencia, a un bajo coste, ya que no requieren habilidades especiales, son comportamientos muy accesibles y los riesgos son lejanos y poco visibles (Zuckerman, 1994).

En nuestra sociedad no existen ritos «formales» de abandono de la infancia-dependiente, y de entrada en el mundo adulto y mucho menos de esta nueva transición entre el abandono de la infancia dependiente y la juventud como etapa más autónoma, sólo permanecen ritos «informales». Muchos de esos comportamientos no convencionales, entre los que se encuentran el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y de cannabis —y que conviven en las mismas personas con com-

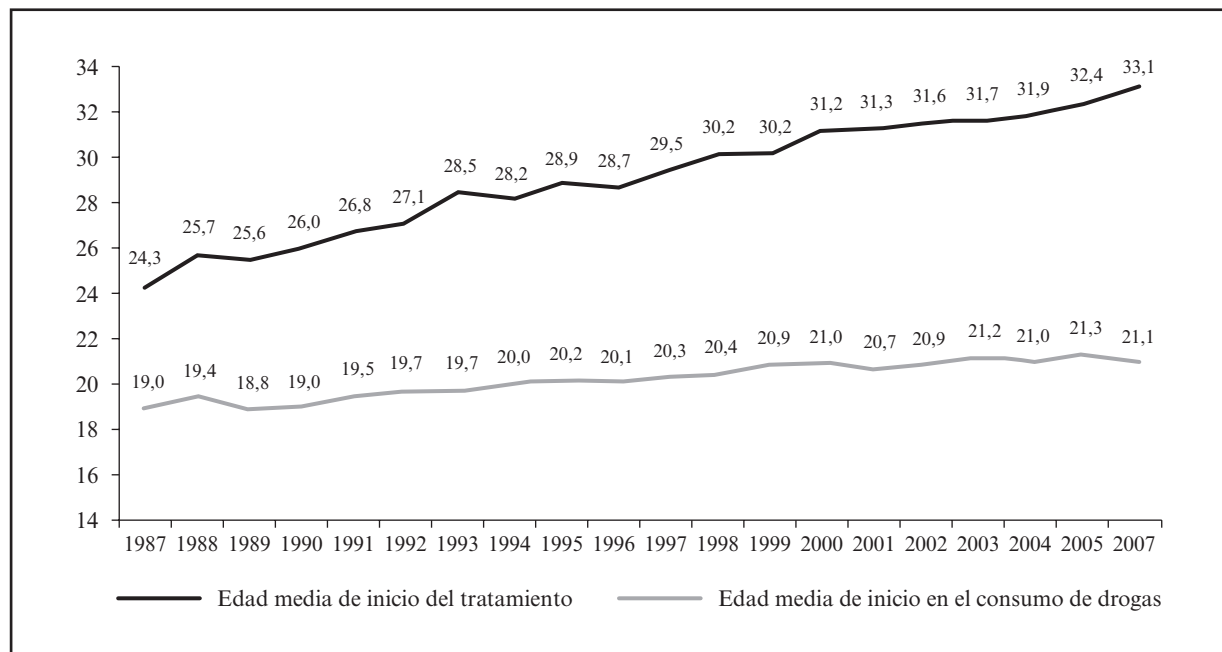
portamientos adaptados—, constituyen los ritos iniciáticos más comunes y extendidos (González de Audikana, 2002). Sin embargo, estos comportamientos han sorprendido a generaciones de adultos, que desprovistos de claves para interpretarlos adecuadamente los han clasificado como desórdenes antisociales o conductas problema, cuando en la mayoría de los casos no lo son.

El consumo iniciático se realiza en grupo, habitualmente hay una primera fase de aprendizaje con algún amigo o amiga, pero finalmente debe representarlo en el escenario público; como ritual necesita que el grupo certifique que ha pasado la prueba, y para ser aceptado como uno o una más, el colectivo debe ejercer como notario que legitime el paso de ese estatus infantil al de joven. Si no existe esa certificación por parte del colectivo, el proceso no está completo. Si el propio consumo fuera exclusivamente una respuesta a problemas psicológicos o mentales, no tendría un

carácter tan público y podría producirse en soledad, lo cual ocurre una vez que se han sucedido estas fases iniciáticas y exploratorias en aquellas personas que tienen graves dificultades (González de Audikana, 2002).

Los estudios de poblaciones adolescentes y juveniles vienen mostrando un proceso que se inicia al probar el alcohol antes de cumplir los 15 años, y en torno a esas edades también se producen los primeros tanteos con el tabaco; un año más tarde, entre los 15 y los 17, acontece la primera borrachera y el primer porro, y son una minoría quienes no cumplimentan estos ritos antes de los 17 años. El acercamiento al resto de las sustancias (cocaína, anfetaminas y éxtasis) va a ser minoritario, y en la mayoría de los casos en los que se produce se hace a partir de los 18 años (Elzo, y Laespada, serie *Drogas y escuela*).

En su momento cada joven tiene que decidir si practica los ritos de iniciación que están en su



FUENTE: Datos del Observatorio Vasco de Drogodependencias (Informe 2008).

Figura 18.1. Evolución de la edad media de inicio en el tratamiento y de la edad de inicio en el consumo de drogas de las personas que solicitan tratamiento (1987-2007).

ambiente, tal y como lo hacen la gran mayoría de sus compañeros y compañeras, o no, es decir, decide si prueba o no prueba. Si ha probado, se planteará seguir experimentando alguna otra cosa, comprobar hasta cuánto puede beber sin embriagarse o qué pasa si fuma varios porros en una tarde de marcha... Posteriormente tendrá que ir resolviendo si sigue con el uso en los ratos de ocio, en el tiempo libre o no... Si decide continuar, puede hacerlo de forma moderada ocasionalmente o con más frecuencia, corriendo el riesgo de desarrollar consumos problemáticos.

La mayoría de las personas que se adentran en consumos iniciáticos y exploratorios, que consumen ocasionalmente —e incluso con cierto hábito— no deben considerarse de riesgo en sí mismas, por dos motivos: el primero es que la generalidad no recurren al consumo por la influencia de factores de riesgo, sino simplemente como resultado de su desarrollo psicosocial en un determinado ambiente cultural, y el segundo, que sobreviene como efecto del anterior, es que a la mayoría de ellos dicho consumo no les acarreará problemas, bien porque son moderados o bien porque son parte de un período relativamente breve de su vida y van remitiendo en la generalidad coincidiendo con los cambios de vida que se producen en torno a los 20-30 años, el trabajo, la emancipación, el emparejamiento, los hijos... (según los datos epidemiológicos ya mencionados del Observatorio Vasco de Drogodependencias, el número de personas usuarias de drogas va reduciéndose después de la década de los 20-30 años).

3. LA DETERMINACIÓN DE POBLACIONES OBJETO DE UNA INTERVENCIÓN SELECTIVA

La idea central de la intervención en prevención selectiva es que el paso de los primeros consumos iniciáticos y experimentales, así como de los usos recreativos, esporádicos, ocasionales y moderados hacia consumos problemáticos, no es una cuestión de azar, sino que está determinada por una serie de elementos y circunstancias vita-

les. Las diversas hipótesis para explicar la influencia de dichos elementos sólo han podido interpretar una parte de lo que ocurre, y lo más plausible ha sido recurrir a la idea de la influencia de diversas fuerzas y circunstancias, fuerzas a las que se denominan «factores de riesgo».

El cambio de perspectiva que se produce con el nuevo planteamiento supone no dar tanta importancia *al hecho de si los jóvenes encuadrados en un grupo de riesgo determinado se han iniciado ya o no en el uso de drogas (mientras que, de acuerdo a la clasificación utilizada en salud pública, esa diferencia implicaría el recurso a la prevención primaria o a la secundaria)*. *Lo que se tiene en cuenta son, por el contrario, criterios relacionados con la investigación, según los cuales los jóvenes encuadrados en un grupo o contexto determinado están en una situación de riesgo (o, mejor, son vulnerables), al margen de si el problema se ha llegado realmente a desarrollar o no* (Burkhart, 2003).

Hay que tener en cuenta también la complejidad del concepto «factor de riesgo»:

- La propia esencia de factor de riesgo es que no es causa, de forma que aunque esté presente eso no asegura que se produzca el consumo problemático, sino sólo que se incrementan las probabilidades de que se produzca dicho consumo.
- No es necesaria la presencia de todos y cada uno de los factores de riesgo para que se produzca el comportamiento desviado.
- Un solo factor de riesgo no determina un consumo abusivo, sino que es necesaria la concurrencia de diversos factores de riesgo.
- Los factores de riesgo no deben ser contemplados de forma aislada, sino que encajan con otros elementos y todos los factores y elementos interactúan entre sí, se influyen, se potencian, creando sinergias y constituyendo engranajes de diversos factores que incrementan la probabilidad de que se dé la conducta problema (por eso es aconsejable tener en cuenta los modelos teóricos que plantean las relaciones entre factores).

- A menudo se plantean de una forma dicotómica, cuando en realidad deberíamos hablar de grados, de escalas de grises, de posibilidades distintas.
- No todos los factores de riesgo tienen el mismo peso o potencia, algunos tienen más que otros (González Meléndez et al., 2004).
- La entrada en contacto con sustancias minoritarias, que provocan un gran rechazo social, como la heroína, requerirá la confluencia de poderosos factores de riesgo; mientras que con pocos factores y/o menos potentes se podrán establecer estilos de vida normalizados en los que haya un consumo habitual de drogas legales, de drogas percibidas como de menor riesgo, como sucede con el alcohol, con el cannabis y como puede estar pasando con la cocaína.
- A menudo, las variables próximas al consumo muestran una estrecha relación estadística con éste, como es el caso de tener amigos que consumen, pero, sin embargo, nos dice poco, y no responde a la pregunta de ¿por qué se juntan con personas que consumen y no con los que no lo hacen? Sin embargo, otros factores más profundos (distal), como determinados valores, no muestran esas correlaciones tan altas pero sí que pueden tener una gran influencia, quizá indirectamente, sobre la elección de los amigos (Moncada, 1998).
- Asimismo, no es condición necesaria la ocurrencia de los mismos factores entre sujetos consumidores, ya que la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales son la norma en este fenómeno. Esta variedad queda puesta de manifiesto al haberse aceptado por la comunidad científica la necesidad de entender el consumo como el resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales, pues existe una sustancia, un sujeto y un contexto donde se desarrolla la conducta de consumo.

Desde una concepción integral podemos afirmar que existen multitud de variables predictoras y que son muchos y variados los factores «causales» identificados, sin que, hasta ahora, se conozca a ciencia cierta cómo se ordenan y cómo se relacionan estas variables entre sí o cuál es la combinación específica que permite predecir la ocurrencia de una conducta. Los factores socio-culturales, familiares, las relaciones con el grupo de iguales, las características personales y un largo etcétera se engarzan entre sí influyéndose recíprocamente, aumentando o reduciendo las probabilidades de que se dé el consumo. Esto ocurre porque a un mismo resultado, el de la drogodependencia, se puede llegar por diversos recorridos o itinerarios en los que puede encontrarse algunos factores de riesgo comunes, pero también otros factores distintos; sin embargo, las investigaciones no permiten, al menos por ahora, describir itinerarios de consumo en función de los factores, sino simplemente establecer la existencia o no de la influencia de ellos.

A las dificultades que tiene el trabajo sobre los factores de riesgo hay que sumar la «popularización» del término «prevención selectiva», y su consiguiente banalización, de forma que muchas administraciones y entidades de la iniciativa social han tenido intereses en hacer intervenciones de este tipo; sin embargo, no todos han jugado limpio y con cierta frecuencia se han camuflado acciones de manera que algunos programas de prevención primaria o universal que se venían haciendo han pasado a denominarse de prevención selectiva, sin incorporar cambio alguno o con cambios de mero disimulo. Esto lo hemos constatado nosotros en la CAPV (Laespada et al., en la *Evaluación del V Plan*, 2009) y lo han señalado Domingo Comas (2006) y Gregor Burkhart (2003).

También es cierto que a veces se señala un programa de prevención selectiva por una cuestión de criterio, ya que no se interpreta adecuadamente el concepto, y se puede pensar que todos los adolescentes están en riesgo porque la mayoría van a consumir o se vincula el concepto a intervenciones de reducción de riesgo ante con-

sumos que están muy generalizados, como las borracheras de fin de semana o de fiestas.

A pesar de las dificultades, de las tergiversaciones, de los errores que se cometen y de las fundadas suspicacias de algunos autores (Comas, 2006), entendemos que es posible acercarse a determinados grupos de adolescentes y jóvenes en una situación de mayor vulnerabilidad y que es posible desarrollar intervenciones acomodadas a sus circunstancias. Ello permitirá reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección con mayor eficacia que con las intervenciones universales; pero eso implica tener unos fundamentos claros de los factores de riesgo que influyen en el colectivo sobre el que se pretende actuar y diseñar una intervención acomodada a dichos factores de riesgo.

No es fácil determinar los grupos de adolescentes y jóvenes que pueden estar en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que se carece de herramientas adecuadas para detectar en fases tempranas el riesgo de uso problemático de drogas, entre otras cosas porque, como hemos apuntado, el simple hecho del consumo no es un buen indicador al no responder siempre a una vulnerabilidad real, sino a otras variables comunes a todos los adolescentes.

A pesar de ello, y en función de lo que nos dice la experiencia empírica, de las aportaciones teóricas contrastadas y de la limitada evidencia científica, si se puede señalar a grupos de jóvenes en una situación de mayor vulnerabilidad,

como son los menores en los sistemas de protección, los hijos de familias que están bajo los sistemas de protección social de las instituciones, los menores infractores o los menores desplazados del sistema educativo convencional; **en este último grupo es en el que se ha centrado la experiencia: es el alumnado de los programas de cualificación profesional inicial (PCPI), antes centros con programas formativos de iniciación profesional (CIP) y aun antes centros de garantía social**, que tienen en común una dificultad escolar que les ha separado de la formación más normalizada. Evidentemente, no todos los que están en dicha situación escolar sostienen consumos de drogas de mayor riesgo, pero sí hay mayores tasas de prevalencia entre ellos, y para mostrar la existencia de un mayor consumo, presentamos los datos comparados de dos estudios: el realizado en los PCPI en noviembre de 2009 y el realizado sobre alumnos de toda la secundaria de la CAPV en noviembre de 2006 (Elzo y Laespada, 2008).

Respecto a la experimentación de drogas (cuadro 18.4), los datos no señalan diferencias notables, incluso podría afirmarse que entre los alumnos de la enseñanza normalizada hay una mayor iniciación en cuanto al alcohol, pero ligeramente menor en lo que respecta al cannabis.

Pero cuando escudriñamos más y nos centramos en consumos de drogas más minoritarios (cuadro 18.5), bien por la sustancia, bien por la frecuencia, nos encontramos con importantes di-

CUADRO 18.4

Comparación de consumos iniciáticos de alumnado de 16 y 17 años de centros de secundaria de la CAPV y de los centros con programas de iniciación profesional

Consumos experimentales	16 años		17 años	
	D y E VII	PCPI/09	D y E VII	PCPI/09
Han probado el alcohol alguna vez en la vida	87,20%	75,00%	94,00%	83,90%
Se han emborrachado alguna vez en la vida	69,60%	67,70%	81,60%	78,80%
Han probado el cannabis alguna vez en la vida	56,30%	58,60%	65,90%	69,50%
Población	630	220	585	118

CUADRO 18.5

Comparación de consumos de drogas más minoritarios de alumnado de 16 y 17 años de centros de secundaria de la CAPV y de los centros con programas de iniciación profesional

Consumos de drogas	16 AÑOS		17 AÑOS	
	D y E VII	PCPI/09	D y E VII	PCPI/09
Haber probado la cocaína	6,70%	16,40%	12,20%	28,00%
Haber probado el éxtasis	3,50%	10,40%	6,20%	16,10%
Haber probado las anfetás	5,70%	8,20%	10,60%	17,00%
Haber consumido cocaína en el último mes	3,70%	10,00%	4,50%	10,20%
Haber consumido éxtasis en el último mes	0,70%	4,50%	1,10%	6,00%
Haber consumido anfetás en el último mes	2,50%	5,00%	2,70%	8,40%
Haber probado la heroína	0,90%	4,60%	1,50%	8,50%
Emborracharse más de 6 veces en el último mes	5,50%	9,60%	4,90%	9,90%
Consumir cannabis más de 20 veces al mes	9,40%	19,60%	11,70%	24,60%
Consumir cannabis más de 40 veces al mes	2,70%	12,30%	2,90%	14,40%
Población	630	220	585	118

ferencias que se acrecientan cuando avanzamos hacia usos más problemáticos.

Es importante recalcar que **la mayoría del alumnado de los centros de PCPI no tienen unos consumos sobresalientes**. Quienes los tienen constituyen una minoría, al igual que ocurre en las enseñanzas medias; sin embargo, a diferencia de éstas, esta minoría es proporcionalmente mucho mayor, es decir, implica a un mayor número de alumnado, y lo que es más importante, agregan a este consumo más comprometido otros factores de riesgo que agravan la situación en la que se encuentran, el fracaso escolar es el más explícito, obviamente, pero a menudo es indicador de otras dificultades personales y familiares.

4. FACTORES DE RIESGO RELEVANTES PARA UNA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN SELECTIVA DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCTIVA Y SOCIOEDUCATIVA EN LOS PCPI

No es objeto de este apartado desarrollar exhaustivamente el concepto de *factor de riesgo*, pero sí queremos plantear algunos aspectos esen-

ciales para el desarrollo de los proyectos de prevención selectiva desde la óptica de una intervención psicoeducativa o socioeducativa.

Como se ha indicado en los primeros párrafos de este capítulo, los factores de riesgo son muy variados, obedecen a distintas esferas del comportamiento humano y se estructuran en niveles diferentes de influencia.

- **Factores de riesgo individuales:** propios del individuo sin que exista apenas capacidad de influencia desde el entorno. Son: **los factores biológicos** (en algunas personas la sensibilidad de sus mecanismos de recompensa hace que con un uso leve adquiera una dependencia, mientras que otras personas con un consumo mucho más intenso no generan una adicción), evidentemente, quedan fuera de una intervención de estas características; **los trastornos mentales**, aunque se pueden plantear los dos procesos, las toxicomanías como causa de la enfermedad mental o la enfermedad como causa, lo cierto es que sobre determinados trastornos, como la depresión o el déficit de atención con hiperactividad (TDAH),

existe evidencia científica que los relaciona con un consumo frecuente (Becona, 1999). Sin embargo, estos elementos no son propios de una intervención puramente preventiva, por lo que no se abordarán; pero sí son susceptibles de realizarse detecciones de dificultades que posteriormente se conviertan en diagnósticos precoces que ayuden a intervenciones más eficaces y también, a la vuelta del diagnóstico, a colaborar en el tratamiento.

- **Factores de riesgo sociales (macrosociales):** la sociedad promueve factores de riesgo a través de dos grandes vectores: unos que tienen una influencia directa sobre el consumo, y otros indirecta, promoviendo el desarrollo de ciertos factores de riesgo; a menudo todos estos vectores se refuerzan entre sí:

- Directamente, la oferta y disponibilidad, que permiten una total accesibilidad a ciertas sustancias (las drogas legales) y bastante accesibilidad a otros productos ilegales pero bastante aceptados (cannabis y cocaína en ciertos ambientes). Los usos de drogas y otros comportamientos susceptibles de crear adicciones están envueltos en un entramado de valores, estereotipos y mitos que los hacen atractivos para determinados grupos.
- Indirectamente, la promoción de valores banales y superficiales, carentes de compromiso social; mientras que el prestigio social se reduce al éxito económico y profesional se desechan otras posibilidades de reconocimiento basadas en procesos solidarios, lo cual dificulta la integración de los segmentos más débiles (niños, adolescentes y jóvenes, ancianos, enfermos, pobres...).

Estos factores macrosociales tampoco pueden ser objeto de una intervención de este tipo, aunque hay que ser consciente de lo que suponen y de que habrá que enfrentarse a ellos, tanto en lo que

respecta a la accesibilidad y promoción del uso de drogas como a los valores sociales asumidos.

Los factores sobre los que caben más posibilidades de intervención son:

- **Factores de riesgo personales:** hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, personalidad, los recursos sociales de que dispone, actitudes, valores, autoestima, etc., conforman un sujeto único.
- **Factores de riesgo relacionales (microsociales):** son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.

4.1. Factores de riesgo personales

Se denomina así a ciertas características del ámbito de la personalidad y que son influenciadas desde el entorno inmediato. Dentro de ellas se han señalado los siguientes cinco grupos de elementos:

- **La cognición social: actitudes, expectativas, creencias y valores.** Constituyen el factor con el que el consumo establece una relación más ajustada, ya que tener una actitud favorable al uso de drogas, resultado de la ecuación entre beneficios y perjuicios, junto con la percepción de que lo normativo es consumir, produce una intención de hacerlo que constituye la causa más inmediata de consumo, pero tampoco podemos olvidarnos de las actitudes sociales y los valores banales y sin compromiso, a los que nos hemos referido como creadores de un clima en el que todo vale, que nada importa...
- **Autoconcepto, autoestima y autoeficacia.** La baja autoestima se ha asociado al uso frecuente de drogas; sin embargo, las inves-

tigaciones sobre estos conceptos arrojan resultados contradictorios (Luengo et al., 1999; Becoña, 1999), por lo que se ha tratado de proporcionar una explicación más plausible, y en vez de hablar de un pobre autoconcepto quizá sea más preciso referirse a un autoconcepto equilibrado, en el sentido de que las personas que arrojan una valoración positiva con respecto a las entidades prosociales (familia, escuela, grupo, tiempo libre, etc.), correlacionan con comportamientos normativos y aceptados (moderados), mientras que quienes correlacionan muy bajo con ellas pueden compensar su autoestima y mantenerla alta merced a sus relaciones con los iguales que, como ellos, tienen dificultades con las entidades prosociales, lo cual se relaciona con conductas problema (Luengo et al., 1999). Kaplan (1972) y su teoría del auto-rechazo ya planteaba esto: todos promovemos una autoestima positiva por lo que si se fracasa en los procesos integradores, por ejemplo fracasa en los estudios, con facilidad se recurrirá a otros comportamientos, para recuperar la autoestima dañada.

Es lógico pensar que la autoestima es una variable multidimensional (Luengo et al., 1999) que se puede satisfacer en la relación con los demás a través de diversos medios; pueden ser los estudios u otros mecanismos integradores y normativamente aceptados, como ser un buen deportista, o se puede recurrir a medios desviados, como el «matonismo», el robo o el consumo de drogas. Se busca la obtención de la «recompensa» en las relaciones con «otros iguales diferenciales» en los que los comportamientos no normativos son bien aceptados y valorados y, por tanto, pueden tener también un autoconcepto alto o incluso muy alto pero «desajustado».

- **La capacidad de interacción y las habilidades sociales.** Son las capacidades de interacción social los recursos para establecer

relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad expresando las propias opiniones y sentimientos. Las personas con más dificultades para interaccionar de modo eficaz socialmente con lo convencional tendrán más problemas para integrarse en ella. También los déficits en habilidades sociales para manifestar y defender sus opiniones los harán más vulnerables a la influencia o a la presión del grupo, de forma que si en el grupo al que se pertenece se consume o se juega, estos déficits elevan el riesgo de consumo aunque no sólo, porque existen factores resilientes que aún quedan por analizar. Por ello, su influencia no es clara por sí misma, de forma similar a como ocurre con la autoestima, ya que personas con habilidades sociales se integrarán fácilmente, y si su medio es promotor del consumo, ellos también consumirán.

- **Actitudes relacionadas con el autocontrol y la impulsividad.** La impulsividad, la escasa percepción del riesgo, el bajo autocontrol, la toma de decisiones poco meditada, una baja capacidad para demorar las gratificaciones, el aburrimiento y la consiguiente necesidad por experimentar sensaciones nuevas e intensas, el ansia de estimulaciones fuertes, etc., constituyen elementos fundamentales para entender las conductas de riesgo y están relacionados con el consumo habitual de drogas.
- **Sistema de valores.** Una de las corrientes de la sociología del conflicto y la desviación (Sutherland y Cressey, 1939) mantiene la idea de las subculturas y la organización y asociación diferencial en las que el comportamiento desviado se explica por la asimilación no sólo de las técnicas para llevarlo a cabo, sino también de las justificaciones, de los valores y actitudes que lo sustentan, de manera que no se asumen los valores prosociales dominantes, como el del esfuerzo o el del beneficio diferido, y éstos son sustituidos por el hedonismo superlativo, presentismo como imperio del presente y

por la búsqueda del beneficio inmediato. Estos valores encajan además con lo apuntado en el párrafo anterior relativos al bajo autocontrol y la impulsividad.

- **Tensión emocional y vivencias negativas.** En relación a la teoría de la autoterapia, el uso de drogas puede utilizarse como medio para aliviar tensiones emocionales, el estrés y la ansiedad resultado de vivencias negativas. En el caso del sentimiento de profunda soledad, es un factor que se detecta en algunos consumos abusivos, como es el caso del alcohol, pero se asocia a personas adultas más que a jóvenes.

4.2. Factores de riesgo relacionales (microsociales)

La persona está inserta en una estructura social que ejerce una gran influencia sobre ella. Se trata básicamente de la familia, la escuela, el trabajo, el grupo de iguales y el barrio. Esta influencia, a su vez, se muestra en dos dimensiones: la influencia sobre las características personales, por un lado, y por otro, los valores y las actitudes ante las sustancias y las conductas de riesgo.

La familia, cuando funciona adecuadamente, reduce los riesgos al cimentar características personales positivas y factores resilientes frente al consumo. Pero cuando en ella se producen desajustes graves, contribuye a establecer características personales de riesgo. Los desajustes pueden ser graves, como los malos tratos, pero también otros desajustes no tan graves, como los modelos educativos inadecuados, favorecen conductas problema (carencias afectivas y de comunicación, falta de apoyo emocional, autoritarismo, control y disciplina muy rígida, permisividad, padres y madres indiferentes, ausentes o periféricos, superproteccionistas...).

La familia también influye como transmisora de modelos de comportamiento, a través del modelado y de la transmisión de actitudes y valores de forma directa. La observación de la conducta y las actitudes de padres, madres y herma-

nos/as ante el consumo de alcohol o de otras drogas o del juego van a ejercer una influencia notable.

La escuela. El consumo problemático de drogas aparece relacionado estrechamente con dificultades en el medio escolar (bajo rendimiento, absentismo, desinterés hacia las actividades escolares, desapego emocional hacia el centro escolar...). Sin embargo, no creemos que mayoritariamente el uso de drogas sea la causa del fracaso; parece más plausible que el fracaso sea a la vez un factor de riesgo y un indicador de otras dificultades. En muchos itinerarios el consumo problemático de drogas y el fracaso escolar tienen orígenes compartidos, como también lo puede ser para otros comportamientos que son considerados disruptivos, ya que los factores de riesgo personales también están asociados con las dificultades escolares, de forma que éstas se refuerzan y se potencian.

A la escuela llega un alumno con sus dificultades personales y con sus dificultades familiares; si el centro se preocupa sólo de lo académico o no tiene recursos suficientes para atender dichas dificultades, éstas se acrecentarán, harán de altavoz de esas dificultades que hasta entonces han permanecido a un nivel privado, amplificándolas, a nivel de «fracaso social» (y nadie quiere ser un fracasado). Sin embargo, un centro equilibrado que atienda las necesidades personales del alumno (no sólo las académicas), con un buen proyecto de escuela inclusiva, puede reducir los riesgos actuando como elemento protector.

El grupo de iguales-pares. El grupo de amigos y amigas se ha manifestado como una de las variables con una correlación más alta para el uso de drogas en la adolescencia. Con la entrada en la adolescencia, la atención y referencia vivencial se va desplazando de la familia a las amistades, con quienes se comparten intereses similares que proporcionan a la persona adolescente una nueva identidad social para organizar una nueva vida más autónoma. Desde ahí, estará en permanente búsqueda de la aceptación del grupo; sin embargo, lo que esto no explica es el trasfondo, es decir, cómo surgen esos intereses que unen a los compañeros.

El barrio. En cuanto a los modelos que ofrecen el barrio, el pueblo o la zona, nos encontramos con barrios «desorganizados» en los que hay una gran accesibilidad a las sustancias de consumo y donde se ve con normalidad el consumo o incluso el tráfico. En ese caso, los valores relativos al uso de drogas propios del barrio pueden ser de permisividad y percibirse éstos como comportamientos normalizados.

El trabajo. También influye en el uso de drogas y en el desarrollo de conductas adictivas por dos motivos fundamentales: en un caso porque las condiciones de trabajo favorecen el uso de drogas (el tedio, el trabajo por turnos, las malas condiciones...) y, por otro lado, porque en determinadas profesiones se promueven valores favorables al uso de drogas. En nuestro caso este ámbito tiene una importancia relativa porque nos dirigimos a alumnos, aunque tienen contacto con el mundo laboral.

5. LOS MODELOS TEÓRICOS CONSTRUIDOS A PARTIR DE LA INFLUENCIA E INTERACCIÓN DE VARIOS FACTORES

Siguiendo las premisas de que todos los factores por separado no pueden explicar los consumos problemáticos y de que los factores no están aislados sino que interactúan y potencian su capacidades, se han elaborado modelos interpretativos muy plausibles —aunque ninguno proporcione una explicitación total—, tanto sobre los factores de más peso como sobre las posibles interrelaciones que pueden darse entre ellos. De todos ellos, describimos brevemente los que nos parecen más útiles a las intervenciones en prevención y nuestra visión.

5.1. Los modelos más ajustados a nuestra intervención

El modelo secuencial de Kandel (1982, 1985, 1996) —al que ya nos hemos referido anterior-

mente— presenta el consumo como un proceso en cuatro fases; la inicial, con el consumo de bebidas de baja graduación (cerveza); la segunda, en la que consumen bebidas de alta graduación y el tabaco; la tercera, con el comienzo del uso del cannabis, y finalmente el paso al uso de otras drogas más activas. El paso de una fase a otra no es inevitable, sino una condición y un factor de riesgo para «progresar». Describe también cuatro grupos de factores que tendrán mayor o menor influencia en cada momento: implicación en actividades desviadas, amigos consumidores, la familia (consumo en la familia primero y relaciones conflictivas en la familia después) y características personales.

El modelo sobre **la conducta problema de Jessor** (Jessor y Jessor, 1977) plantea como aspecto más destacado que hay una serie de conductas problema, como la delincuencia juvenil, las violencias juveniles, las relaciones sexuales de riesgo, el consumo habitual de drogas..., que forman parte del mismo *síndrome de desviación o estilo de vida*. Comparten los mismos orígenes y están constituidos por diversos factores. Entre ellos da mucha importancia al ambiente familiar, que a su vez influye sobre el sistema de personalidad del adolescente-joven y entre ambos determinan el sistema de conducta. También se acerca a la noción de control social, puesto que plantea que esa conducta problema suscita respuestas de control, desde las más ligeras como la amonestación hasta las más severas como la cárcel.

La tradición de la sociología criminal, que en realidad no es un modelo, sino que ha producido diversos modelos, no ha desarrollado un cuerpo muy específico sobre el uso de drogas, pero lo ha tratado en algunas de sus aportaciones y ha contribuido al avance de una parte de los modelos, sobre todo aquellos que trabajan con el desarrollo y el apego social. Destacan en este sentido las aportaciones de Cohen (1955, 1965 y 1966) y Cloward y Ohlin (1960), que a su vez recogen dos tradiciones del pensamiento de la sociología del conflicto:

— Una teoría sociológica de alcance medio, la de Robert K. Merton (1966), que sostiene

ne que la demanda cultural de nuestra sociedad es que persigamos el reconocimiento social, y para alcanzarlo la sociedad pone a disposición de la ciudadanía una serie de medios convencionales: el esfuerzo, el estudio, el ahorro, la solidaridad, la buena práctica profesional... Pero no todas las personas se ajustan a estos dos ejes y o bien no buscan dicho reconocimiento o bien se saltan los medios normativos o ambas cosas.

- Otra teoría de carácter psicosocial, de Sutherland y Cressey (1939), señala que el comportamiento es aprendido y esto ocurre tanto en el convencional como en el no convencional. El aprendizaje se realiza por contacto y pertenencia a grupos que lo practican que denominan *asociación y organización diferencial*; el aprendizaje comprende tanto las técnicas para desarrollar dicho comportamiento como el sistema ideológico de valores y justificaciones para hacerlo, sin sentimiento de culpa.

Sobre estos dos planteamientos, Cohen (1955/1966) y Cloward y Ohlin (1960) explican cómo hay grupos de adolescentes y jóvenes que reciben las mismas ideas relativas al reconocimiento social; sin embargo, por diversos motivos no todos tienen acceso a los medios convencionales quizá por pertenecer a familias con pocos recursos o por no recibir el suficiente apoyo familiar, lo que va produciendo fracaso escolar. Frente a esa situación reaccionan creando sus propios grupos-subculturas de pandillas juveniles, se apoyan en sus capacidades, actitudes y valores (presentismo, impulsividad, imprudencia, sentido de invulnerabilidad...), para desarrollar conductas y comportamientos asociales y no convencionales como abandonar los estudios prematuramente, no buscar trabajo, consumir de drogas con frecuencia, incluso la comisión de algunos delitos (trapicheo, pequeños hurtos, daños en el mobiliario urbano), lo cual les permite acceder a cierto éxito o reconocimiento dentro de su barrio (los que mandan, los que tienen atemorizado al

barrio, los que se divierten, los que tiene objetos de lujo sin trabajar...). No son delincuentes profesionales, ya que éstos valoran el riesgo-beneficio económico de sus acciones; sin embargo, para estas subculturas juveniles el riesgo puede tener un valor positivo, sobre todo si se compensa con notoriedad.

Estas ideas han influido en otros autores con una orientación más psicológica y psicosocial que han sustituido el concepto sociológico del prestigio o reconocimiento social por otro psicológico, como el del autoconcepto, y han profundizado en algunas cuestiones concretas, dando lugar a un enriquecimiento de los planteamientos:

- Quizá el que se acerque más a estos planteamientos sea *el modelo integrador* de **Elliot, Huizinga y Ageton** (1985, 1989), que partiendo de la vinculación con entidades prosociales o con grupos antisociales, trata de explicar el porqué se produce la vinculación a los antisociales, atribuyéndolo a tres grandes grupos de factores; por un lado, a la distancia entre las metas culturales de reconocimiento y las posibilidades reales de acceso a ellas (tensión entre metas y medios); por otro, la desorganización social, sobre todo si se vive en barrios desorganizados y marginales, y finalmente el tercer factor sería los deficientes procesos de socialización por parte de la familia y la escuela.
- **Kaplan** (1972, 1982, 1984, 1996), y su idea del **autorrechazo**, da importancia a la relación de la persona con los medios sociales integradores prosociales (familia, escuela...), si sus experiencias sociales son desfavorables, afectarán negativamente a su autoconcepto, proporcionándole una percepción negativa de sí mismo, lo que le empujará a alejarse de aquellas instancias que originan su malestar y a buscar alternativas que le permitan recuperar su autoestima. Dependiendo del grupo de iguales en el que se integre, y en función de sus destrezas, puede verse animado a adoptar

conductas problema como el uso de drogas y obtener así un reconocimiento por parte de dicho grupo, mientras se aleja de los comportamientos convencionales.

- **Catalano** y su equipo (1996) perfilan el denominado **modelo de desarrollo social**, en el que parten de la idea de que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos. Ahora bien, se desarrollará una u otra en función de los vínculos establecidos con los entornos de socialización. Cuando el individuo se vincula estrechamente con entidades prosociales, el comportamiento será prosocial, y si por el contrario se vincula con grupos antisociales (bandas juveniles, trapicheo, prostitución...), el comportamiento será antisocial.
- **Kumpfer y Turner** (1990, 1991), con su **modelo de ecología social**, otorgan la máxima importancia al estrés producido por el ambiente hostil y poco gratificante de la escuela, lo cual le vincula a pares *desviados* que viven la misma situación y que le enseñan a consumir como forma de afrontar el estrés.
- Por su parte, **Oetting y Beauvais** (1987) desarrollan su idea de **los clusters de amigos**, en el que admiten diversas influencias en el consumo de drogas, tanto del entorno cercano (pobreza, desestructuración familiar...) como en las características psicológicas (baja autoconfianza, alta ansiedad...) que constituyen un sustrato para que el consumo aparezca, pero estos factores sólo actúan indirectamente, mientras que la única variable con influencia directa del consumo es la implicación con amigos consumidores.
- **Simons, Conger y Withbeck** (1988), a quienes también hemos mencionado al hablar sobre los cambios de factores que inciden en el proceso del consumo, recogen la idea de la progresión en el consumo de **Kandel** y elaboran una teoría denominada **multie-tápica del aprendizaje social**, que integra

muy diversos factores (autoestima, las habilidades de afrontamiento, los factores relativos a la familia y amigos), distinguiendo entre los factores que tienen más peso en el inicio del consumo (la importancia de lo inmediato, factores familiares, modelos parentales, disciplina, etc.) y las variables que influyen más en el mantenimiento del mismo (un progresivo acercamiento a otros sujetos consumidores).

El modelo de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994, 1995) plantea una mayor articulación de variables y de diferente tipo. Realizan estos autores una revisión de los modelos y consideran que ha sido posible identificar ciertos factores asociados, con mayor o menor intensidad, a las distintas formas de consumo de drogas, factores sobre los que hay un considerable acuerdo entre los especialistas y que ellos organizan en cinco grupos de variables:

1. El medio social (desorganización social, socialización inadecuada y disfunción de rol).
2. La vinculación social (familia, compañeros y escuela).
3. El aprendizaje social (observación, oportunidad, normas sociales, refuerzo).
4. La parte intrapsíquica de la persona (habilidades, eficacia, autoestima, desosiego, estrés).
5. El cambio del conocimiento y actitud, determinados a su vez por valores y creencias que fijan las intenciones de conducta y, en última instancia, el comportamiento.

Consideran también que las teorías desarrolladas hasta ahora son en realidad «microteorías» que plantean importantes influencias, pero que sólo explican una parte, ya que se fijan en un reducido número de variables y del mismo ámbito, por lo que no se integran unas con otras y, además, ninguna ha encajado factores actitudinales, sociales e intrapersonales. A partir de esa revisión establecen un amplio mapa de influencia que recoge los tres grandes niveles.

- Disposiciones heredadas y las características de la personalidad, es decir, los elementos biológicos y de la personalidad.
- El microambiente social, la influencia socioeducativa y psicosocial, o lo que ellos denominan ambiente cultural.
- Finalmente, el macroambiente, el contexto cultural.

El elemento resultante de este sistema de *influencia triádica* es el comportamiento, el uso de drogas u otras conductas con respecto a la salud, y sobre él hay tres niveles de influencia próximos, distales y últimos:

- Dentro de los **niveles últimos** estarían la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad, que estando fuera del control inmediato del sujeto son los principales determinantes de su conducta.
- El nivel de **influencia distal** constituye aquel que tiene varios niveles de influencia previos y también causas menos directas de la conducta, como por ejemplo los valores que tienen una gran influencia en el comportamiento pero que a su vez están determinados por los otros últimos.
- El tercer nivel de influencia es el **próximo**, nivel predecible porque se centra en aspectos concretos de la conducta, es decir, se trata de las decisiones concretas que adopta un individuo respecto a su salud.

Consideramos algunas de estas observaciones de especial relevancia por lo que ya hemos señalado con respecto a los factores próximos y distales (Moncada, 1998), ya que a menudo las intervenciones están guiadas por investigaciones en las que el uso de drogas tiene una gran correlación con elementos tales como la motivación para consumir, el tener amigos que consumen o los inicios prematuros, variables todas ellas de carácter próximo, que explican muy poco de ¿por qué alguien tiene una especial motivación para consumir?, ¿por qué se vincula a compañeros que consumen? o ¿por qué comienza a consumir muy joven?

Otro elemento de gran relevancia es el que sostiene que la habilidad de controlar las acciones y el estado de ánimo llevan al desarrollo de un nivel de autoestima y un autoconcepto más coherente; esto, unido a las habilidades sociales específicas, conduce a un mayor nivel de autoeficacia respecto a la conducta concreta a la que nos estamos refiriendo. Por el contrario, aquellas personas que tienen una baja autoestima o una imagen incoherente de sí mismas, es más probable que se impliquen en conductas de riesgo, que actúen impulsivamente y sean menos conscientes de las consecuencias de sus actos.

5.2. Consideraciones finales: elementos relevantes para nuestra área de intervención

Entendemos que muchas de estas teorías no son excluyentes, se apoyan en unas ideas pero no descartan otras. Si hiciéramos un extracto entre los modelos, nos encontraríamos con una serie de ideas que concitan un consenso generalizado y son muy útiles para diseñar nuestra intervención:

- A la adicción se puede llegar por diversos recorridos o itinerarios distintos en los que el sujeto puede encontrarse con algunos factores de riesgo comunes y otros factores específicos de ese itinerario, aunque las investigaciones no permiten, al menos por ahora, describir itinerarios de consumo sino sólo establecer la influencia de algunos factores.
- Son especialmente relevantes para la concepción de nuestro particular y «posible itinerario» —y, por ende, para nuestra área de intervención— las aportaciones de los modelos que explican el consumo problemático de drogas como parte de la conducta problema, con los comportamientos violentos, la comisión de algunos delitos o las relaciones sexuales de riesgo, propios de ciertos grupos de jóvenes y adolescentes.
- El uso frecuente y problemático de drogas (no el mero uso de ellas) está estrechamen-

te relacionado con la pertenencia a grupos que podríamos denominar *diferenciales*, donde dichos comportamientos están normalizados e incluso son alentados. De hecho, el pertenecer a un grupo que consume o el tener amistades consumidoras es una de las variables que más correlaciona con el consumo de drogas.

- La pertenencia a dichos grupos se produce por compartir intereses y afinidades, no por efecto del azar.
- Creemos que la vinculación a estos grupos es el resultado de una fractura en los proce-

sos de socialización convencional de las entidades prosociales como la familia, la escuela, las entidades del barrio (asociaciones culturales, deportivas, de tiempo libre, etc.). A partir de ahí se van configurando estos grupos de adolescentes y jóvenes que no «encajan» y que se asientan en sus propios valores y comportamientos diferenciales.

Los motivos para que se produzca esta fractura son diversos, y es ahí donde los distintos modelos muestran discrepancias. En nuestro ámbito consideramos que son importantes:

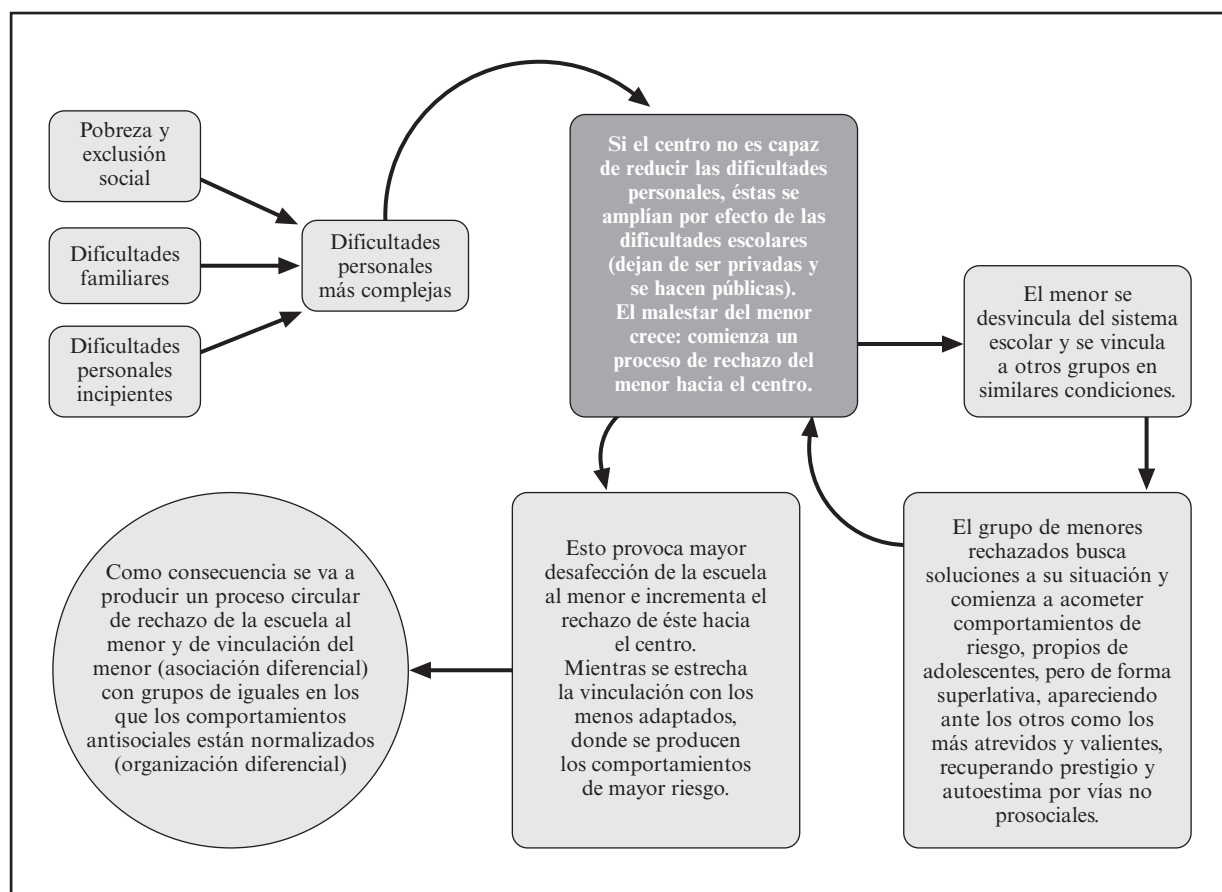


Figura 18.2. Mecanismo plausible del itinerario de consumo, cuando las dificultades personales y familiares favorecen el fracaso escolar y ello provoca acción por parte del menor rechazado.

- La familia cuando padece desajustes graves como el maltrato o el desamparo, pero también y, más habitualmente, cuando no presta el apoyo necesario (carencias afectivas y de comunicación, falta de apoyo emocional, autoritarismo, control y disciplina muy rígida, permisividad, padres y madres indiferentes, ausentes o periféricos, falta de supervisión, superproteccionismo...).
- La pobreza y la pertenencia a familias en alta exclusión, en cuyo caso el conflicto no siempre se produce con la familia sino que, a veces, es la propia familia la que sostiene el conflicto con otras instancias de socialización, como la escuela o el barrio.
- Las características personales deficitarias: carencia de habilidades de interacción social, para establecer relaciones adecuadas y adaptadas, autoestima y autoconcepto des-

ajustado, impulsividad, bajo autocontrol, ansia de estimulaciones fuertes, incapacidad para demorar las gratificaciones, sistema de valores no adaptativo y tensiones emocionales... Muchas de las cuales se fraguan en la interacción de la persona con la familia.

- Las dificultades escolares y el desarraigo en el entorno académico, ocasionado habitualmente cuando el centro no es capaz o no tiene interés en atender las dificultades especiales de los alumnos y alumnas, a las que nos venimos refiriendo, de forma que se produce otro fracaso, que agrava sus dificultades.

Titulamos el esquema como plausible, porque no es el único posible y pueden convivir con otros itinerarios de consumo distintos, pero en el área de esta intervención éstos son los que considera-

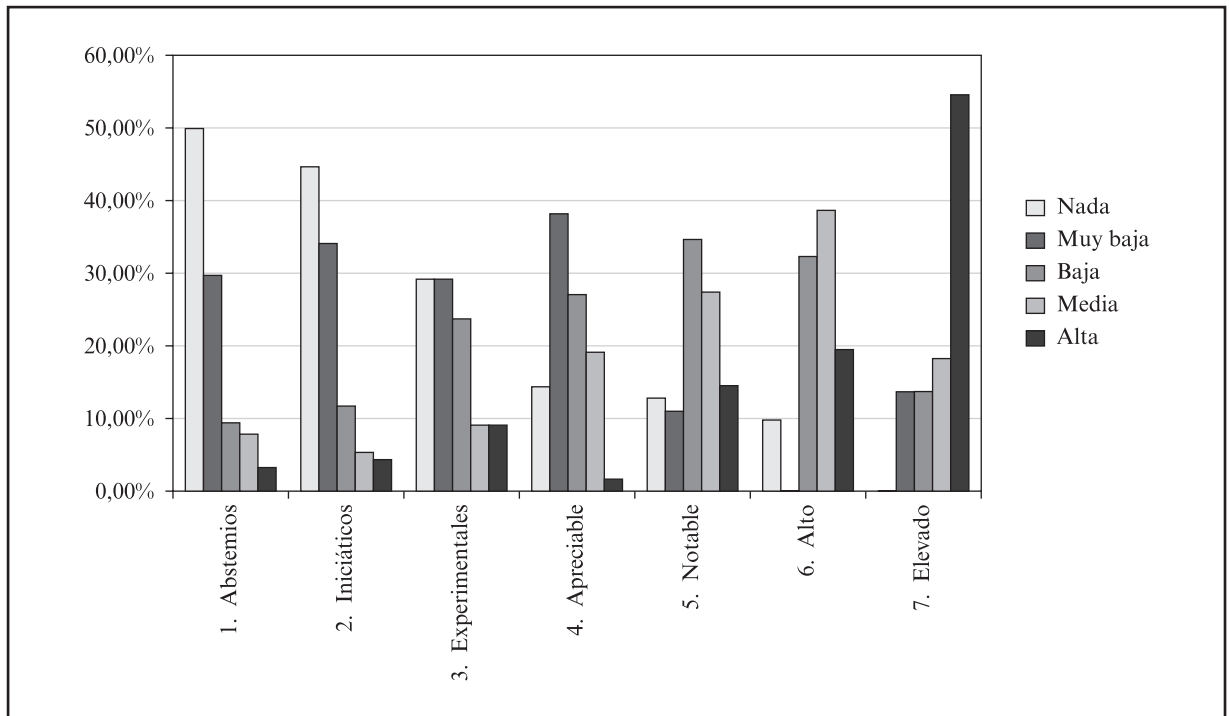


Figura 18.3. Reparto del nivel de conducta antisocial (nada, muy baja, baja, media, alta) en función de la escala de uso de drogas (1: abstemios; 2: iniciáticos; 3: experimentales; 4: apreciable; 5: notable; 6: alto; 7: elevado).

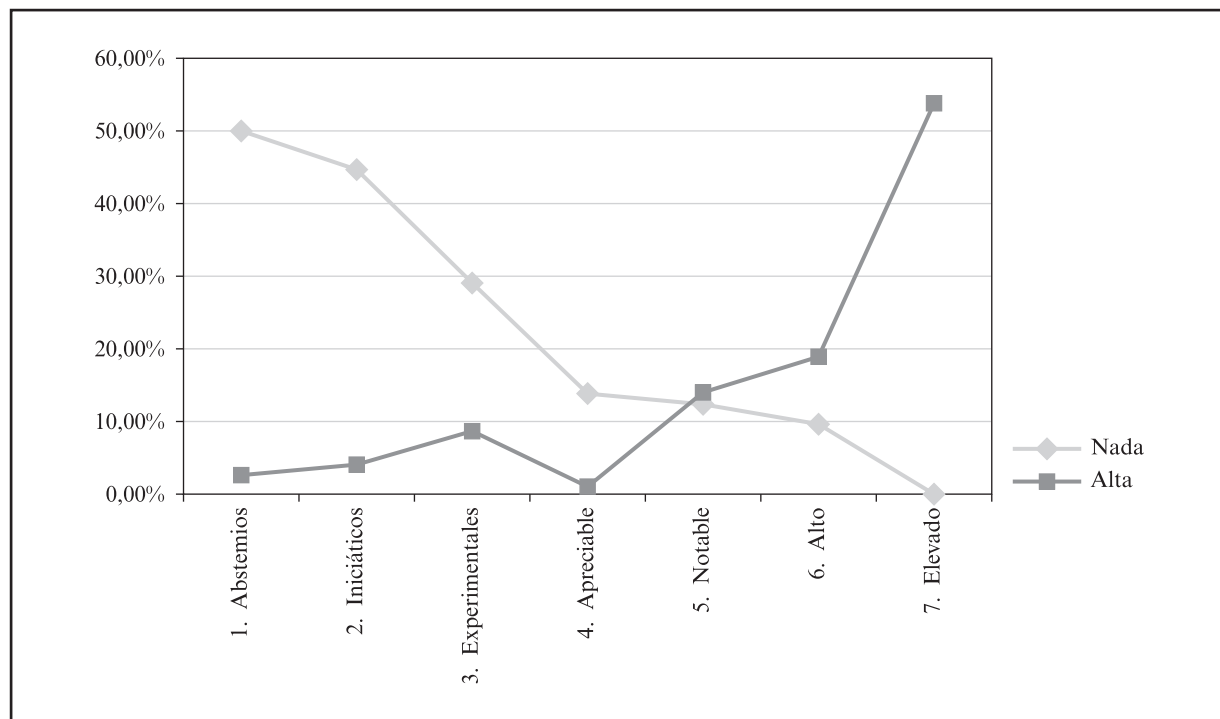


Figura 18.4. Comparación del uso de drogas entre los que no han cometido ningún acto antisocial (nada) y los que tienen un alto índice de comisión de actos antisocial (alta).

mos más relevantes, aunque es lógico pensar que existen otros entre los propios adolescentes y jóvenes, que compartirán una parte de los factores señalados, pero no todos, y que están sujetos a otras influencias. Silvia López y José Luis Rodríguez-Arias (2010), en una investigación en estudiantes de secundaria de una región de Galicia, señalan que las actitudes favorables a una conducta antisocial actúan en sentido contrario a lo esperado, es decir, como factores de protección.

En nuestra investigación hemos elaborado dos escalas: una de consumo de drogas, en función de los niveles de consumo aportados en los cuadros 18.4 y 18.5, y otra de comportamiento antisocial en base la comisión de distintos hechos y delitos (peleas, trapicheos de hachís, hurtos en grandes almacenes, robos en coches, uso de armas...), y la relación entre ambas escalas se puede ver en las figuras 18.3 y 18.4.

Como puede observarse, la relación entre el uso de drogas y el comportamiento antisocial es muy estrecha, de manera que cuando vamos subiendo en el nivel de consumo va disminuyendo la proporción de la población que tiene pocos comportamientos antisociales, mientras que crece la proporción de personas que tienen altos índices de conducta antisocial.

También queremos señalar otras dos consideraciones que aunque no han sido apuntadas hasta ahora tienen importancia:

- Hasta ahora se han explicitado los factores que inducen o favorecen un consumo reiterado, frecuente, habitual..., pero eso en ningún caso puede confundirse con la dependencia, que se define como una enfermedad que afecta al sistema nervioso central (SNC) repercutiendo negativamente en

el comportamiento. El consumo reiterado y frecuente de una droga afecta al sistema nervioso, provocando una serie de cambios en el sistema dopaminérgico que alteran los circuitos del estrés y del placer. Estos cambios perduran en el tiempo como consecuencia de la agresión farmacológica ocasionada por dicho consumo reiterado. Ahora bien, para que esa alteración sea significativa como para producir la adicción, han de influir variables como el tipo de sustancia, la frecuencia de uso de la misma, pero también entrarán en juego aspectos como la vulnerabilidad fisiológica y la ambiental.

- A pesar de que la adicción representa el paradigma de los problemas asociados al uso habitual de drogas, no constituyen el único problema, sino que estos comportamientos pueden ocasionar otras dificultades, como son los accidentes de tráfico, laborales y domésticos, violencias, embarazos no deseados, riesgos para la salud y pérdidas de la salud física y mental, de la calidad de vida, el bienestar y la integración.

6. DEFINICIÓN OPERATIVA Y FUNDAMENTOS DE LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA Y SOCIOEDUCATIVA EN LOS PCPI

El proceso de promoción de la prevención selectiva en los PCPI a partir de su inclusión en el V Plan de Drogodependencias de la CAPV (Bilbao et al., 2004), y la investigación que ha venido pareja a ella, lleva a cabo, a partir de una serie actuaciones ya apuntadas: la organización de dos simposios específicos (VV.AA., Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004 y 2005); realización de un seminario de técnicos de prevención de ayuntamientos y de entidades sociales especializadas (2006); creación de un grupo de trabajo a partir del seminario (2007) (2), que realizó una

serie de propuestas; desarrollo de un programa formativo para el profesorado denominación de *MOTIBATU*; la materialización de una de las recomendaciones de dicha comisión; hasta que finalmente en el curso 2009-2010 después de la evaluación se cambió la estrategia y se apoyó directamente a una serie de entidades y centros para que desarrollaran durante dos cursos un programa preventivo, sobre el que se haría el seguimiento y la evaluación.

El mencionado proceso de desarrollo de proyectos preventivos y su correspondiente seguimiento y evaluación se ha realizado a través de las siguientes fases:

1. Contactos con entidades especializadas en prevención y equipos técnicos locales y centros de iniciación profesional (PCPI) para conseguir acuerdos que permitan desarrollar proyectos preventivos globales y no sólo puntuales.
2. Se vinculan cuatro entidades especializadas: ADOS se compromete con un centro, AGIPAD con otro centro, ETORKINTZA con tres centros y ORTZADAR con otros tres centros. El equipo de prevención del ayuntamiento de Bilbao también estuvo presente (su participación es diferente como veremos) con otro centro. En total, cinco entidades y nueve centros.
3. Una vez cerrados los acuerdos el proyecto como tal se pone en marcha al iniciarse el curso 2009-2010 y se realiza una primera medición a través de un cuestionario a los alumnos de 1.º curso en noviembre de ese año, antes de que se inicien las actividades con el alumnado. A ese grupo de centros se suman otros siete como grupo de control; de ahí que los datos totales del alumnado fueran de 16 centros (sobre un total del 72 centros de la CAPV), a 51 aulas (sobre un total de 183 aulas de la CAPV) y con 471 encuestas recogidas, 416 válidas (sobre unos 2.196 alumnos).
4. Durante todo el curso 2009-2010 se desarrollan las actividades de apoyo al centro,

al personal docente y al alumnado, y en junio, al final se vuelve a encuestar a los alumnos; en este caso se amplía la muestra de 16 (9 + 7), con otros 12 centros más (9 + 7 + 12 = 28); de ahí que la medición fuera de 28 centros, 88 aulas, 730 encuestas recogidas, 641 válidas.

5. Al comienzo del curso 2009-2010 continuó el apoyo y al final de curso, en junio, se realizaron entrevistas al profesorado responsable de los 28 centros con programas de iniciación profesional (9 + 7 + 12).
6. También al final del curso 2009-2010 se entrevistó a los responsables de los proyectos en las cuatro entidades especializadas y del ayuntamiento de Bilbao, en total cinco.

A través de los datos recogidos en el seguimiento nos encontramos con diversas situaciones en las que se encontraban los centros, de las cuales destacamos, en primer lugar, su adscripción, que organizamos en cuatro categorías:

- Centros públicos propios de ayuntamientos y mancomunidades; son casi la mitad de los PCPI existentes.
- Centros públicos adscritos a un Instituto de Enseñanzas Medias; son unos pocos y se han creado para cubrir un vacío, porque están en zonas de baja población en las que los ayuntamientos no tienen capacidad de asumir este recurso.
- Centros privados adscritos a centros de enseñanza que imparten otra formación, habitualmente módulos de formación profesional.
- Centros privados adscritos a fundaciones y asociaciones que desarrollan proyectos más amplios, generalmente en el sector de la inserción y lucha contra la exclusión social.

En cuanto al apoyo recibido, también nos encontramos con diversas circunstancias que nos han dado pie a elaborar tres grandes modelos:

- Modelo de *liderazgo compartido*. En él una entidad pública (ayuntamiento, dirección de drogodependencias...) financia a una entidad de la iniciativa social especializada para que desarrolle proyectos de prevención selectiva en centros. La entidad pública realiza un seguimiento y participa pero cede parte del liderazgo y autonomía a la entidad especializada. La entidad especializada va adquiriendo experiencia que le permite extender los proyectos en más centros. En este tipo tendríamos dos entidades (ETORKINTZA/3 centros y ADOS/un centro) que acumulan una experiencia dilatada, y otro grupo de otras dos entidades que han iniciado la experiencia recientemente a través del apoyo prestado con el proyecto MOTIBATU (AGIPAD/un centro y ORTZADAR/3 centros).
- Modelo de *liderazgo municipal*, en el que el ayuntamiento asume todo el liderazgo, habla directamente con los centros y en función del análisis de necesidades y de sus propios recursos les provee de diversos servicios de apoyo para que desarrollen su actividad preventiva. Éste es el modelo del ayuntamiento de Bilbao.
- Modelo de *liderazgo de centro*. Lo encontramos en algunos PCPI que ubicados en zonas no cuentan con un apoyo público, sin embargo, tienen especial interés en el tema y se han organizado para desarrollar una intervención preventiva; como apoyos externos cuentan con los de reducción de riesgos que proporciona el Gobierno vasco para toda la comunidad autónoma, más alguna ayuda puntual del equipo de prevención local, cuando lo hay.

Es evidente que este último modelo es el que cuenta con menos recursos, pero algunos centros, en los que no hay una problemática muy severa, o afecta a un número reducido de alumnos y alumnas, son capaces de desarrollar iniciativas muy interesantes.

Con respecto a los otros dos modelos, cada uno tiene sus propias ventajas e inconvenientes, depende también de la capacidad de los PCPI; cuando éstos tienen estructuras fuertes *el modelo de liderazgo municipal* puede ser muy eficaz, permite una relación muy igualitaria con los equipos técnicos locales y les permiten desarrollar sus propios proyectos en los que buena parte de la intervención es propia, y otra menor, pero que enriquece y aporta valor añadido al proyecto, es la que proporciona, en común acuerdo, el ayuntamiento. Sin embargo, en centros con menos recursos, un apoyo fuerte de una entidad especializada les permite desarrollar proyectos muy completos, cubriendo vacíos de recursos.

6.1. Definición del proyecto

Como ya hemos apuntado, la divulgación del término prevención selectiva, su inclusión específica en el V Plan de Drogodependencias y el apoyo explícito ofrecido ha traído algunas contrapartidas que podríamos señalar como una «popularización» que ha podido desvirtuar su verdadero contenido (por eso hemos mencionado «la divulgación del término» y no «la divulgación del concepto»). La banalización y el apoyo expresado han hecho que algunos proyectos de prevención universal hayan cambiado el adjetivo por el de selectiva sin transformar ni objetivos ni destinatarios ni metodología. Esto ha venido ocurriendo a pesar de la comisión de profesionales, y que en su documento final decía:

«Esta intervención (referida a la prevención selectiva en el ámbito educativo) no va destinada a todos los alumnos, como las de prevención universal, sino que va dirigida sólo a los grupos de alumnos vulnerables, por tanto no tiene fundamento que se aplique en todas las aulas, sino solamente en aquellas que se concentre una mayoría de alumnos con dificultades de orden socioeducativa. Puede haber centros en los que se aplique en la mayoría de sus aulas como por ejemplo en algunos CIP, por-

que, a priori, acogen a una población con dificultades escolares y fracaso escolar, en otros centros únicamente se aplicará en algunas aulas especiales, como, por ejemplo, PreCIP o Aulas PIE, porque en ellas se atiende una mayoría de adolescentes y jóvenes en riesgo por dificultades relacionadas con la marcha escolar».

Los destinatarios son un elemento clave en la definición de estos proyectos de prevención selectiva y son los adolescentes y jóvenes escolarizados, alumnos de los PCPI vulnerables, que como tales tienen identificados problemas escolares manifiestos (no pueden continuar la enseñanza reglada por no haber aprobado la ESO), especialmente cuando las dificultades educativas se hayan visto afectadas o estén relacionadas con problemas de comportamiento, y/o tienen problemas familiares y/o tienen consumos de riesgo u otros problemas graves de conducta.

Los objetivos deben ir en la línea de la reducción de su vulnerabilidad ante el consumo problemático de drogas y de otros problemas de conducta y, en el caso de que se esté produciendo un consumo, que éste no crezca sino que se reduzca, y para ello se potenciarán los factores de protección y se actuará para reducir los factores de riesgo.

Para alcanzar esta finalidad, además, se debe cumplir la condición de evitar —y en el caso de que se estén produciendo, de aminorar— los procesos de estigmatización de los alumnos sobre los que se va a intervenir.

Quiénes son sus principales agentes. Fundamentalmente el personal de los centros, especialmente los docentes (profesorado, tutores, orientadores y la dirección). Es conveniente, aunque no necesario, que cuenten con el apoyo de especialistas de fuera del centro, pero lo que no es apropiado es que se delegue totalmente en dichas entidades, ya que el centro debe estar involucrado y debe ser el actor principal.

Ámbito de realización. El PCPI, y desde el centro, se debe enfocar a otros ámbitos, especialmente y siempre que se pueda a la familia, a los recursos comunitarios del barrio o pueblo, a los

recursos sanitarios, a entidades especializadas y a otras entidades que lleven a cabo una labor socioeducativa con menores (educadores de medio abierto...).

Los proyectos de prevención selectiva pueden contribuir a que una parte de la población adolescente y joven vulnerable reduzca su vulnerabilidad, pero no será una solución definitiva para todos, ya que habrá problemáticas severas que necesitarán otra actuación más individual de intervención indicada. En estos casos el proyecto de prevención selectiva puede ayudar a que se realicen detecciones tempranas, a derivar a recursos especializados, a apoyar a dichos alumnos y alumnas, reforzando determinados aspectos y a establecer una coordinación con los recursos externos al centro que proporcionen dicho apoyo individual.

6.2. La estructura

En lo que respecta a la estructura de intervención mínima, la necesaria para ser considerado un proyecto, se marcaron las siguientes pautas de cumplimiento:

- La intervención debe constar de actividades específicas destinadas a reducir el uso de drogas, junto con actividades inespecíficas que atiendan a los factores de riesgo (desarrollo de capacidades personales, habilidades sociales, autocontrol, promoción de valores positivos).
- La actividad se desarrollará durante todo el curso (no está constituido por actuaciones puntuales o durante un período breve de una semana o un mes).
- En el proyecto se involucra la mayor parte del centro y una parte de las acciones recaen en el profesorado (dirección, tutores...).

Es aconsejable que cuente con el apoyo de una entidad especializada en prevención de drogodependencias. El hecho de que se considere aconse-

jable indica que no es obligado y que no se delegará en ella todas las actividades.

En cuanto a la visión del problema que les permitía sustentar la estrategia debían considerar lo siguiente:

1. La gran mayoría del colectivo adolescente consume drogas, como ritual iniciático de abandono de la infancia y entrada en la juventud, de forma experimental, por curiosidad, y/o de forma recreativa como medio de diversión. Sin embargo, sólo una minoría reducida pero significativa llega a desarrollar problemas con dicho uso de drogas, ya que la mayoría aprende a utilizarlas con moderación o bien abandona su uso.
2. El paso del consumo experimental al consumo problemático no se produce por azar, sino que hay una serie de factores de riesgo que concurren sobre un colectivo, determinando su vulnerabilidad.
3. Los factores de riesgo de más peso están señalados por la evidencia y el contraste de ideas y pueden variar en función del colectivo, y aunque se planteen en forma de variables dicotómicas, en realidad son variables continuas, tienen grados: de forma que la mayoría se sitúan en las zonas intermedias entre la ausencia de riesgo y los riesgos absolutos; la generalidad, más cerca de la zona de protección, y otra minoría, próxima a la zona de riesgo.
4. Los límites que determinan la suficiencia o la insuficiencia de los factores de riesgo y de protección son difíciles de establecer, ya que depende de las particularidades de cada caso, que no siempre son conocidas. Esta circunstancia es especialmente relevante cuando la sustancia se asocia con valores y estilos de vida convencionales.

El hecho de que se comparta esa estructura de intervención y esa visión del problema no significa que haya que desarrollar un único proyecto, sino que, por el contrario, cada PCPI debería tener el suyo propio atendiendo a las características

del centro, de su alumnado, de sus recursos, y a la entidad que apoya dicho proyecto.

Desde fuera, y al ser reducido el número de centros de este tipo, pueden aparecer como un colectivo homogéneo; sin embargo, al acercarse a la realidad de los centros se detecta que la diversidad es importante por muchos motivos. La ubicación y las especialidades formativas que imparte determinan el tipo de alumnado que acogen. El tipo de entidad que esté detrás del centro determina los recursos del mismo, si es una iniciativa municipal o si está en un centro educativo junto con otros niveles formativos, o si pertenece a una entidad con proyectos sociales más amplios. También es importante considerar los recursos, sobre todo humanos, con los que cuenta el centro. En gran parte dependen de los recursos que les puedan dedicar las entidades que les sustentan. En caso de ser centros municipales dependerá de los recursos que les aporte cada ayuntamiento o mancomunidad, que pueden divergir mucho, lo mismo que en los centros privados.

Estas variables características de los centros, que hemos denominado «polimorfismo», determinarán en gran medida la variedad de la clien-

tela que existe entre unos y otros, tal y como muestran las figuras 18.5, 18.6 y 18.7.

En la figura 18.5 se han expuesto diversas situaciones vitales expresadas por los alumnos en la encuesta aplicada en junio de 2010, y como se puede ver hay variaciones muy significativas entre unos y otros centros. Como ejemplo de esta variedad, destacamos la diferencia existente entre un centro en el cual ningún alumno reside en una institución, y otro en el que casi son la mitad (47,6 por 100). La media se sitúa en 12,6 por 100. O el centro en el que ninguna familia del alumnado depende de los servicios sociales, mientras que en otro se acerca a la mitad (45,5 por 100), o el PCPI en el que no hay ningún alumno procedente de África, mientras que en otro se acerca a la mitad (46,2 por 100).

Lo mismo que se dice de estas situaciones vitales se puede decir de conductas antisociales (figura 18.6), de manera que por ejemplo hay centros en los que ningún alumno ha robado del interior de un coche, mientras que en otro sólo el 61,5 por 100 no lo ha hecho, o ese otro PCPI en el que ninguno ha usado un arma, mientras que en otro es un 68,2 por 100.

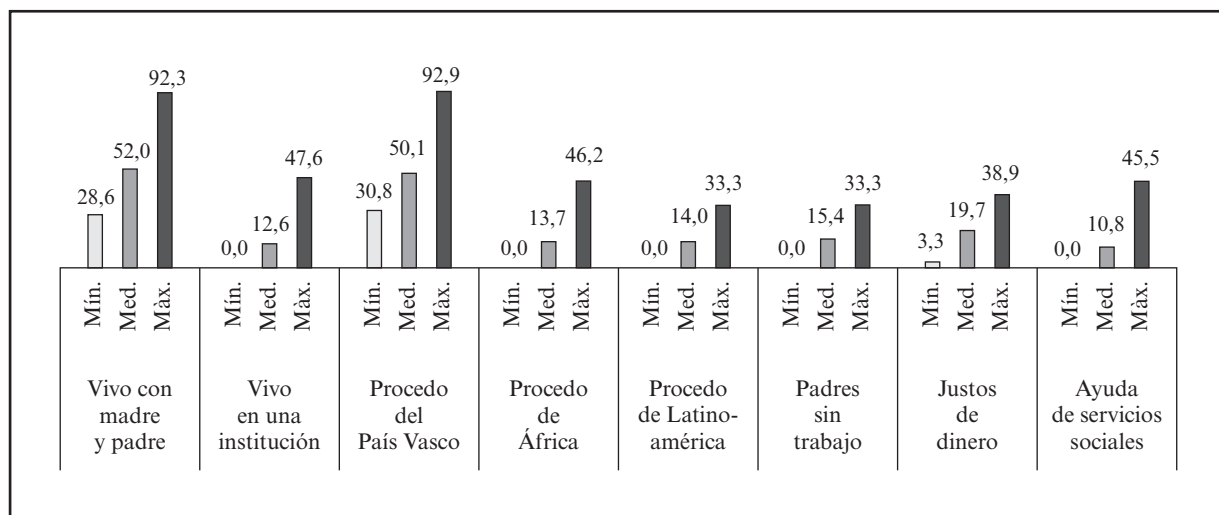


Figura 18.5. Proporción de distintas situaciones vitales comparando los centros en los que más se dan, en los que menos y los valores medios.

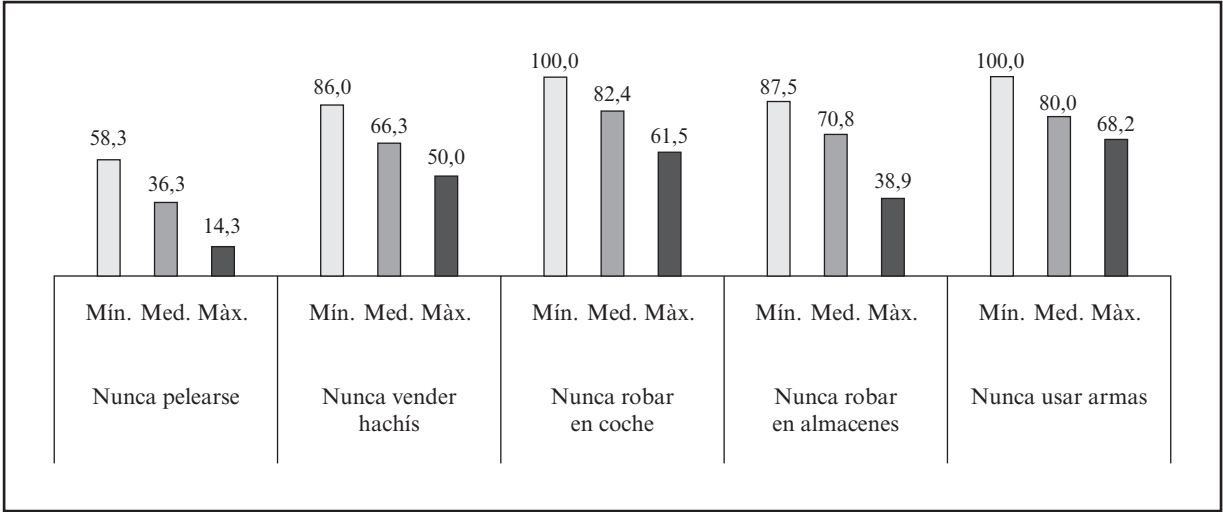


Figura 18.6. Proporción de distintos comportamientos antisociales entre los centros en los que más se dan, en los que menos y los valores medios.

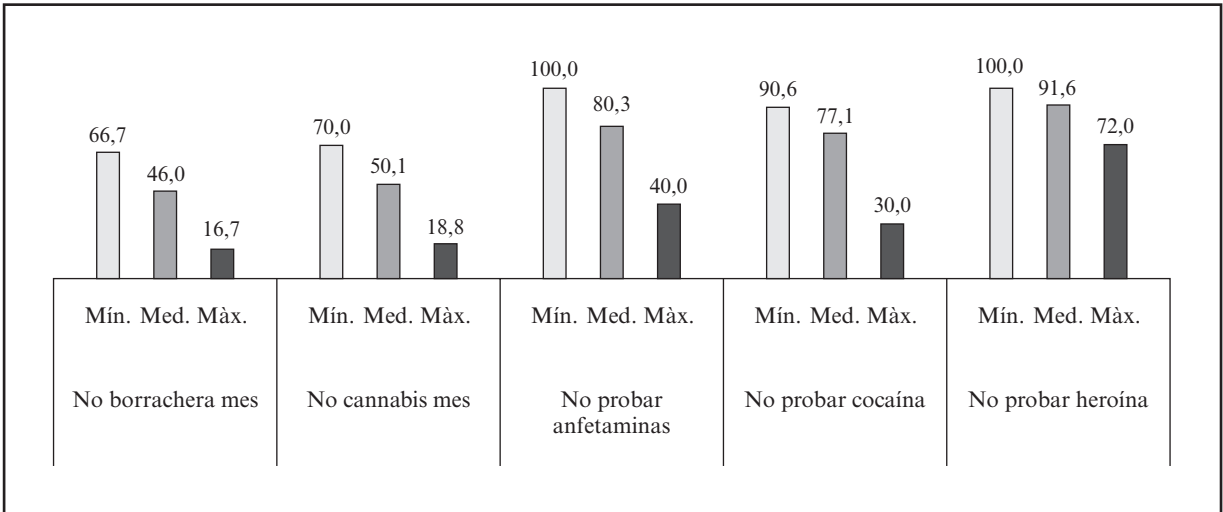


Figura 18.7. Proporción de distintas situaciones de consumo de drogas comparando los centros en los que más se dan, en los que menos y los valores medios.

Otro tanto se aprecia ante el consumo de drogas (figura 18.7); mientras que en algunos centros ningún alumno ha probado anfetaminas, en otro

sólo el 40 por 100 siguen sin probarlas, o ese PCPI en el que ningún alumno ha probado la heroína mientras que en otro son el 72 por 100.

Evidentemente, esto nos hace insistir en la idea de que no debe hacerse una intervención homogénea sino una intervención acomodada a la realidad de cada centro, identificada tanto por los recursos como por las dificultades que muestra su alumnado, lo cual no es óbice para que se puedan desarrollar elementos comunes.

7. ACCIONES DESARROLLADAS EN LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA Y SU VALORACIÓN

En este tercer apartado describimos las acciones que se han ido desarrollando y realizaremos algunas valoraciones cuando los datos recogidos lo permitan.

1. La fase previa.
2. Los inicios.
3. Las actividades de los proyectos con el centro y el profesorado.
4. Las actividades de los proyectos con el alumnado.
5. Las actividades de los proyectos con las familias.

7.1. Una fase previa: la formación común a todos los centros

Los objetivos del proyecto formativo inicial (MOTIBATU), ya explicado, fueron los de sensibilizar al personal docente de los centros de secundaria y proveerles de unos conocimientos mínimos que les permitieran poner en marcha, con sus propios recursos o con apoyo externo, una iniciativa preventiva. La asistencia fue alta y la valoración buena; sin embargo, esto no produjo un mayor desarrollo de proyectos por parte de los centros. Parece que este tipo de formación se «muere» en quien la recibe y no trasciende hacia la promoción y demanda de iniciativas de prevención.

Esto contrasta con los datos recogidos en las entrevistas a los responsables de los PCPI; varios

de ellos nos informaron de que habían participado en los cursos impartidos valorándolos positivamente. Desconocemos con precisión las causas de que no se avance y no tenemos certeza de lo que ha podido pasar con experiencias similares en otras comunidades autónomas, pero alguna de las referencias a las que hemos tenido acceso oralmente nos ha apuntado en la misma dirección, aunque éste es un comentario de cierto peso pero no una verdad contrastada.

Muy probablemente estos proyectos formativos no proporcionan la seguridad necesaria para que el profesorado se atreva a desarrollar iniciativas aunque sea sobre lo que hemos denominado temas inespecíficos (autoconcepto, habilidades sociales...). Sí pueden tener un efecto de sensibilización positivo, lo cual ha de favorecer la relación entre algunos PCPI y las entidades especializadas, pero no ha cumplido el objetivo de animar la puesta en marcha de proyectos bajo la dirección de los propios centros educativos. Entendemos que para alcanzar ese objetivo de sensibilización con muchas menos horas —recordamos que cada curso era de 20 horas— se podría conseguir un efecto similar a un menor coste.

En 2009, aunque se repitió la experiencia se redujo a dos cursos, en aras de otra estrategia, que fue la de prestar un apoyo económico y un seguimiento a las entidades especializadas que desarrollasen un proyecto durante los dos cursos de que consta el ciclo formativo de los PCPI (empezar con los de primero en septiembre de 2009 y terminar en marzo de 2011 cuando el alumnado sale de prácticas); a cambio, las entidades debían facilitarnos la aplicación de cuestionarios a los centros y realizar una serie de entrevistas de valoración del desarrollo de las experiencias.

A pesar de que el apoyo económico era bastante modesto y no cubría todo el trabajo algunas entidades sí se movilizaron y desarrollaron sus actividades preventivas en diversos PCPI. Las entidades buscaron recursos económicos en los ayuntamientos de los municipios en los que estaban ubicados los centros, lo que les permitió cubrir los gastos y desarrollar sus actividades preventivas.

7.2. Los inicios

En las intervenciones más antiguas, iniciadas hace más de una década, los comienzos respondieron habitualmente a demanda de los centros alarmados por el visible incremento del consumo entre su alumnado. Las entidades que se acercaron a ellos carecían de experiencia en intervenciones de este tipo y las primeras acciones eran de dos modalidades. Para el alumnado, información sobre sustancias con un planteamiento no enfrentado directamente al consumo, sino más bien de información del tipo reducción de riesgos. Para el personal docente, una formación en el propio centro en la que se trata lo siguiente:

- Las dificultades de la adolescencia en general, el uso de drogas propio de los adolescentes sin gran transcendencia, sino como efecto de su situación vital.
- Consumos de riesgo como resultado de la vulnerabilidad de algunas personas. Qué son los factores de riesgo y cuáles son los problemáticos que inciden en el consumo.
- La necesidad de una intervención estructurada y global y no de acciones puntuales.
- La necesidad de una cohesión y coordinación entre el profesorado para trasladar los mismos mensajes.
- La importancia de que el centro relativice los objetivos formativos en pro de equilibrarlos con otros orientados a trabajar sobre los factores de riesgo de los alumnos.
- El comportamiento disruptivo de los adolescentes como una práctica cuasi natural entre ellos, máxime si tienen otras dificultades, pero que no es un ataque personal al profesorado.

Esta formación interna, del personal del centro, obtiene resultados más positivos que la común para todos los centros, al estar desarrollada por la entidad que apoya al centro en otras actividades y porque participa todo o gran parte del personal, lo que permite madurar las ideas en conjunto y no sólo por una o dos personas.

La acogida de estas intervenciones, aunque un poco irregular, con acercamientos y colaboraciones puntuales, se fue asentando, y en los *modelos de liderazgo compartido* (acuerdo entre una entidad pública y una entidad especializada) se establecieron altos niveles de confianza de algunos PCPI hacia entidades especializadas que permitieron ampliar la colaboración hasta que, finalmente, se convirtieron en proyectos globales y estables, y la experiencia acumulada se rentabilizó a través de la exportación hacia otros centros.

Pero no en todos los centros se llevó a cabo este proceso, y en aquellos que contaban con bastantes recursos las relaciones con las entidades especializadas no siguieron ese camino, sino que fueron utilizadas más parcialmente, de forma más complementaria, y, bajo aquella dinámica, se desarrolló *el modelo de liderazgo municipal*, en el que el ayuntamiento financiador de los servicios opta por ofertar diversos recursos, de manera que el centro, en función de sus necesidades y recursos, elaboraba su propio menú de intervenciones.

Las iniciativas más recientes que se impulsaron a través del proyecto de MOTIBATU utilizaron el conocimiento acumulado de las experiencias, lo que permitió plantear a los PCPI intervenciones globales tal y como se pretendía; sin embargo, su resultado es muy parcial; a pesar de lo que ya se sabe en cuanto al diseño y a la metodología y de que el apoyo es más firme —ya no son esos comienzos «balbuceantes» y de tanteo—, sin embargo, no parece que se pueda implementar un proyecto total repentinamente, de golpe. Los centros no pueden asumir en poco tiempo grandes cambios; tienen su propia dinámica, sus objetivos y sus prioridades, aun cuando sientan una gran necesidad de desarrollar un trabajo de prevención; sin embargo, no pueden detenerse ni hacer un cambio de rumbo radical, por lo que los recursos externos encajarán si lo que ofrecen es puntual y no les supone más tareas (caso de las actividades de un experto con los alumnos), pero si se quiere ir más lejos, lo más adecuado es que la entidad especializada acompañe su marcha a la del centro y vaya promoviendo cambios asumibles.

El profesorado de estos PCPI está muy volcado en su tarea, siendo bastante vocacional, con unas actitudes mucho más positivas y receptivas que la media de profesorado de las enseñanzas regladas, y esto es un elemento importante para incorporarlo a la tarea; sin embargo, suele tener una concepción del problema similar a la de cualquier otro profesor, y por tanto necesita un tiempo de formación y reflexión para asimilar e incorporar los cambios.

En los últimos años, además, las transformaciones normativas que han afectado a los PCPI han influido sobre el alumnado; ya no es un alumno mayor de 18 años, que había fracasado en la enseñanza reglada y que intenta formarse de cara a un oficio, sino que ahora llegan jóvenes de 15 a 17 años, muchos de ellos con deseo de «sacarse el certificado de ESO», y aquí en dos años de clase lo consiguen «sin demasiados esfuerzos» y, por tanto, no están motivados por la formación en general y talleres; en muchos casos son jóvenes que tienen una vida muy cómoda que manejan dinero y con poco espíritu de sacrificio...

Estos elementos parece que dificultan bastante la relación con el profesorado, que con frecuencia vive mal el comportamiento disruptivo de los alumnos, al que parece acompañar una actitud muy despreocupada y poco comprometida con el aprendizaje.

7.3. En una primera fase

Los PCPI reconocen la necesidad de la formación y la agradecen, incluidos aquellos que no cuentan con un apoyo directo de una entidad especializada y que utilizan los cursos formativos que ofrece su comunidad.

Lo que más se valora de la formación es que permite un contraste entre las ideas y conocimientos que posee el personal del centro con las que manejan los especialistas en el tema. Los docentes demandan un contraste, unas referencias para conocer hasta qué punto sus ideas de interpretación y de intervención sobre el consumo de

drogas son adecuadas. Tienen dudas lógicas ante un fenómeno presente en el centro y, lo que es más importante, tienen temor para intervenir, tomar decisiones y desarrollar actividades.

Como hemos sugerido anteriormente, estos temores pueden ser uno de los motivos para que, a pesar de recibir una formación general, no se decidan a desarrollar una intervención de prevención en el centro, especialmente aquellos PCPI que cuentan con pocos recursos en personal cualificado (orientadores, psicólogo de centro, etc.).

En el modelo que hemos denominado *de liderazgo municipal*, que «encaja» con centros grandes con bastantes recursos, la formación se considera sólo desde el punto de vista operativo y funcional, y pasadas unas pocas sesiones incluso básicas se tiende hacia la acción.

En el extremo opuesto se encuentra alguna entidad especializada que considera la formación de suma importancia, invierte un gran esfuerzo para ello y proporciona una formación continuada durante todo el curso, con el objetivo de tener una gran sintonía con el equipo del PCPI.

Con la formación ya finalizada lo habitual es realizar un análisis de la realidad, del centro, de sus recursos y de los alumnos. Esto implica una serie de sesiones entre el personal del centro y con el alumnado. A menudo en la formación se dan pautas para trabajar con los alumnos con el fin de poder tener una orientación sobre algunas de sus dificultades. A veces son las propias entidades especializadas quienes desarrollan algunas acciones iniciales con dicho objetivo. En otros casos se realizan en primer lugar las dinámicas para trabajar el consumo de drogas, y las informaciones obtenidas sobre el consumo de los alumnos son utilizadas para «diagnosticar» a éstos, aunque no siempre sea un procedimiento adecuado.

También se debe producir un proceso de reflexión del profesorado sobre sus recursos y sus posibilidades de actuación (incluso hay entidades que se plantea todo un DAFO: análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). Es necesaria una reflexión sobre las grandes áreas en las que hay que intervenir y qué estrategia y metodología hay que plantearse; esto, sin embargo,

es muy distinto en los centros que tienen ya un proyecto consolidado, que han desarrollado esa reflexión, que en aquellos que inician su proyecto por primera vez, y tienen que dedicar más tiempo a definirla, a contrastarla y a ajustarla.

Una de la dificultades más reconocidas entre las entidades que desarrollan proyectos y actividades en el ámbito escolar es la falta de penetración del profesorado; evidentemente, no todos los centros tienen el mismo grado de cohesión, pero en aquellos que se comparten los criterios fundamentales y existe una coordinación eficaz, el centro se comporta como una maquinaria bien engrasada, que puede prestar mucha ayuda al alumnado, mientras que cuando sólo se cuenta con el apoyo parcial de una parte del profesorado, o incluso cuando no se comparten los criterios de intervención, el proyecto preventivo será muy limitado. De ahí que uno de los objetivos de la formación y del apoyo al centro sea precisamente el incrementar la afinidad buscando elementos comunes aceptados y defendidos por todos.

Una vez que se han asentado las bases se pasaría a un desarrollo del proyecto. Para explicar las distintas actividades las hemos organizado en tres ámbitos:

- Las actividades de los proyectos destinadas al centro y a su personal.
- Las actividades de los proyectos destinadas a los alumnos.
- Las actividades de los proyectos destinadas a las familias de los alumnos.

7.4. Las actividades de los proyectos destinadas al centro y a su personal

Después de la primera fase de formación se pasa a otro proceso que podríamos definir genéricamente de apoyo, y una de las actividades más cercanas a la formación, como un segundo paso en profundidad, consiste en el «análisis de casos». Los equipos educativos acuerdan un espacio periódico (de uno al mes a uno a la semana).

En ese espacio algunos de los tutores exponen el caso de algún alumno con una problemática grave, y con la ayuda del profesional y en grupo van desgranando su situación y dificultades, lo ponen en orden e incluso orientan la intervención más adecuada. Es habitual que el profesional siga una orientación sistémica y la técnica que utilice sea ir profundizando desde los síntomas más externos, lo que el profesorado percibe, hasta los elementos profundos que están ocasionando dichos síntomas, como gráficamente nos decía una responsable de un PCPI: «quitando las capas como en una cebolla».

El personal docente de los centros entrevistados ha manifestado su satisfacción con este proceso porque ayuda a ver las dificultades reales de los alumnos con graves problemas, orientando la actuación con ellos y viviéndola como una formación muy práctica.

La mayoría de los centros desarrollan este trabajo, y en aquellos que cuentan con el apoyo de una entidad especializada es ella la que lleva esta tarea; en el caso de que el liderazgo lo lleve el municipio, también se encarga esta tarea a entidades o profesionales especializados, aunque no desarrollen otros cometidos en el centro. Incluso alguno de los centros que no cuentan con casi ningún apoyo han buscado el procedimiento para que alguna entidad especializada desarrolle la actividad.

Otro aspecto de la intervención tiene que ver con cuestiones organizativas, como son el reglamento interno del centro, las normas y la disciplina. Todos los derechos y deberes que regulan las relaciones del alumnado con el centro deben estar adecuadamente recogidos en el reglamento del centro, de forma que permita una intervención ajustada a los diversos conflictos de intereses que puedan surgir; y un reglamento de disciplina que atienda convenientemente a los problemas de conducta, favoreciendo la aplicación de medidas ajustadas a los hechos. Esto es especialmente relevante ante el tema de drogodependencias, porque una de las infracciones más habituales está relacionada con el consumo en el centro y el «trapicheo», mientras que para un

proyecto preventivo es necesario que el centro quede como un espacio libre de drogas por tres motivos:

- El centro como lugar educativo debe tener esa consideración como elemento pedagógico, y eso sirve no sólo para el alumnado sino también para todo el personal. Las últimas reformas legales restrictivas del uso del tabaco han favorecido esta consideración.
- Una parte importante de la enseñanza se realiza en talleres formativos para el aprendizaje práctico de un oficio, y a su vez una parte de ellos corresponde a enseñanzas en las que se manejan herramientas o maquinaria que suponen peligros para la integridad física.
- La normativa existente es clara al respecto del uso de drogas legales e ilegales.

El reglamento debe tener un carácter pedagógico, para lo cual deben ser objeto de una intervención del profesorado hacia los alumnos: explicación de las normas de convivencia y de los motivos para aplicarlas, adoptar medidas para promover su cumplimiento e incluso negociar aquellos elementos que no sean importantes (Moreno y Gamonal, 2006). Éste, que puede ser un contenido adecuado para las primeras tutorías, no siempre se trabaja con la debida dedicación; sin embargo, sí hay centros con proyectos en los que esta tarea es una constante anual, constituyendo un debate al inicio de cada curso, primero entre el profesorado, y posteriormente entre el alumnado; puede parecer una exageración tratarlo todos los inicios de curso, pero responde a motivos lógicos: la necesidad de que todos participen de los mismos criterios, el ajuste necesario ante los cambios de profesorado y la casuística nueva de cada año sobre la que hay fijar criterios.

Como continuación a esta actividad hay tres áreas de intervención que se incluyen en los proyectos de prevención de los centros: las tutorías en el aula, las tutorías individuales y la detección y derivación a recursos especializados.

En el grupo de centros que no tienen proyectos de prevención es frecuente la ausencia de un programa de tutorías para trabajar sobre diversas necesidades del alumnado. En dichos centros esos espacios se dedican al estudio, a temas de orientación profesional y a tratar los conflictos que suceden en ellos. Por el contrario, en los centros que están desarrollando un proyecto preventivo, las tutorías se utilizan para trabajar sobre aspectos directamente relacionados con el uso indebido de drogas y con los factores asociados al mismo o a otras conductas problema (autoconcepto, control impulsividad, habilidades sociales...).

El papel de las entidades especializadas varía: en los proyectos más consolidados consiste en aportar recursos y asesorar al centro en la elaboración de un programa de tutorías que los tutores desarrollarán en el aula; también suelen asumir alguna intervención en el aula para trabajar la información sobre drogas directamente con el alumnado. Sin embargo, en los centros que se inician en los proyectos, el papel de las entidades es más intenso, ya que diseñan el programa de tutorías y suelen asumir su aplicación en el aula, al menos por un tiempo hasta que, tras un período de formación y de asesoramiento, el personal docente va asumiendo esa responsabilidad. En el modelo de centros con recursos y con apoyos de los servicios municipales (*liderazgo municipal*), es el personal del centro quien desarrolla y ensaya sus propias tutorías de aula, lo mismo que algunos PCPI que no acceden a recursos locales, pero son capaces de implementar buenos programas de tutorías grupales.

Detectamos una mezcla de temor y falta de decisión en algunos PCPI para no atreverse a desarrollar un programa de tutorías adecuado y, por otro lado, la ausencia de programas de tutorías que pudieran ser utilizados; de hecho esto se ha planteado como demanda por parte de algunas de las personas entrevistadas en las entidades y en los PCPI (Etorkintza, 2009).

Las tutorías individualizadas son más inevitables que las tutorías grupales, ya que a cada alumno le corresponde un tutor que se ocupa de

prestarle un apoyo a fin de solventar sus dificultades educativas, propiciar un ajuste al centro y orientarle profesionalmente. En esto son importantes cualidades personales como la capacidad de relación que cada tutor es capaz de desarrollar con el alumnado, pero también es importante la capacitación de los tutores, la cohesión entre el profesorado, el apoyo que sienta del resto de compañeros, sobre todo si le prestan una orientación adecuada del caso. No es raro que también en los centros que inicien un proyecto con el apoyo de una entidad especializada deleguen tareas de tutoría del alumnado más problemático en los profesionales de la entidad.

Finalmente, otra intervención es la detección de los casos problemáticos y su derivación a una intervención más intensa y a su medida. Estamos hablando de un alumnado que tiene una problemática severa, y no suele ser tanto el consumo de drogas sino que se ve afectado por factores de riesgo muy potentes, a menudo ocasionados o asociados a trastornos mentales, que dificultan su inclusión en la vida normalizada. Para ellos, una intervención de prevención selectiva no es suficiente y necesitan otro tipo de intervención más personalizada, la de prevención indicada. Algunas de las entidades especializadas tienen servicios de este tipo, de manera que se establece un continuo entre la detección y la derivación a estos servicios. En los casos en que carezcan de tales recursos o que el que apoye a los centros sea un equipo municipal se deriva hacia los recursos existentes en la comunidad.

Esta intervención ya nos apunta a la coordinación, y al posible trabajo en red, con recursos de la comunidad. Los recursos con los que tienen más vinculación los PCPI son los dirigidos a la protección de menores: los equipos socioeducativos de medio abierto que trabajan con menores hijos de familias vulnerables, usuarias de los servicios sociales, ya que una parte notable del alumnado de los PCPI tiene esa procedencia; en menor medida, hay personas estudiando en estos centros que están en pisos de acogida porque no pueden vivir con su familia. Otra área con la que hay contacto son las entidades que prestan servi-

cios para el cumplimiento de sanciones con menores infractores. También hay conexión con los centros de salud mental, en concreto con los servicios de psiquiatría infanto-juvenil. En algunas localidades es notoria la relación entre el PCPI y los servicios locales de empleo, desarrollándose experiencias muy interesantes de trabajo coordinado para la orientación del alumnado, bien hacia el empleo, bien hacia la continuación con los estudios de formación profesional; alguna otra ha destacado la relación del centro de salud con la matrona, a la que acude el alumnado para resolver dudas. Mientras que en otras áreas de recursos como los de tipo cultural o deportivo apenas hemos constatado contactos estables.

Según lo recogido, la relación entre los PCPI y otros recursos tienen un gran componente informal, lo que les hace depender de la sintonía y del carácter colaborador de las personas que estén en los otros recursos. Por otra parte, se señala una dificultad que se produce cuando hay contacto y colaboración entre recursos, pero no un auténtico trabajo en red, y es que los alumnos son atendidos por diversos servicios que les hacen pasar por pruebas de detección cada uno de ellos, con el lógico malestar y rechazo por parte del menor.

7.5. Las actividades de los proyectos destinadas a los alumnos

Las actividades dirigidas al alumnado son: las tutorías grupales, las individuales, la detección y orientación de casos y las tareas educativas en espacios no docentes.

Las tutorías grupales en los centros con proyectos contienen dos tipos de actividades: las que se han venido en llamar *específicas* del tema de drogas (y también de otras problemáticas concretas, como la de violencia, afectivo sexual...) y las *inespecíficas* destinadas a reducir el peso de los factores de riesgo de tipo psicoeducativo. La importancia que se concede a tener y desarrollar un programa de tutorías es uno de los elementos que diferencia la existencia o no de un proyecto de centro; es casi impensable un centro con un pro-

yecto preventivo que no tenga un programa de tutorías, con una dedicación de una o dos sesiones semanales.

Con respecto a las actividades inespecíficas, todos los proyectos han adoptado un modelo de intervención multicomponente, es decir, se desarrollan actividades dirigidas a influir sobre varios factores de riesgo, básicamente: la autoestima-autoconcepto, el control de la impulsividad, las habilidades de relación, la toma de decisiones, el control emocional, las normas y los valores prosociales (entre éstos a veces se incluyen temas positivos con respecto a la salud). La estructura del programa de tutorías varía en función de lo que considera el centro y la entidad especializada, cuando la hay. En la mayoría de los casos estos programas de tutorías se elaboran a partir del examen bibliográfico de los recursos didácticos existentes, ya que no hay apenas manuales didácticos para trabajar con alumnado vulnerable (*Yo adolescente joven*, Etorkintza, 2006).

En lo que respecta a las actividades especializadas, además del uso de drogas se trabaja sobre otras temáticas importantes para el alumnado, entre las que la educación afectivo-sexual es muy común, y comienzan a cobrar importancia las de violencia, especialmente la violencia machista. El personal docente se siente bastante capacitado para trabajar los temas *inespecíficos*; en cambio, el tratamiento de los *específicos* suscita muchas dudas, por lo que es habitual que lo lleve al aula personal de las entidades especializadas. Tampoco faltan algunos centros donde rehúsan informar sobre estos temas por considerarlos de riesgo, debido a las interpretaciones que realizan o pueden realizar los alumnos.

Como se puede comprobar, los temas sobre los que se trabaja son también comunes o similares a los incluidos en los programas de prevención universal, porque ambos niveles de prevención comparten una interpretación pareja sobre los factores de riesgo; la diferencia estribaría en que en un proyecto de prevención universal no tendría tanta dedicación o no sería tan intenso y el contenido de las unidades didácticas es más generalizable.

En el espacio de intervención de las tutorías individuales encontramos una mayor variedad, desde tutorías bien definidas hasta intervenciones individuales que no tienen un carácter periódico sino puntual para tratar o trabajar algún tema concreto que afecte al alumno o alumna, aunque tampoco tienen una orientación clínica, sino que se realizan desde planteamientos psicoeducativos. Algunos centros han elaborado su propio método de trabajo en estas tutorías, mientras que otros, que cuentan con apoyo de entidades especializadas, han descansado en ellas y algunas utilizan la metodología de la entrevista motivacional (Becerro, Garai, López de la Serna, Hatzkunde y Motiva, 2008).

Un problema que se plantea en los centros con la tutoría individual es el efecto de la estigmatización, cuando las dificultades de un alumno requieren varias citas con el responsable de la tutoría, especialmente cuando dicho responsable es una persona de fuera del centro. Ante esto se recurre a diversas prácticas que tratan de «diluir» las citas, habitualmente a través de llamadas individuales sucesivas a todos sus compañeros de clase.

A medio camino entre la tutoría grupal de aula y la individual está la experiencia de algunos centros que han configurado un trabajo en pequeños grupos, reuniendo a los alumnos y alumnas en función de similares dificultades, para trabajar de forma más específica e intensiva; mientras el resto, el grupo general, está en la tutoría «convencional» desarrollada por un profesor el grupo diferenciado es tutorizado por una persona especializada; esto se realiza en algunos centros que cuentan con apoyo especializado.

También se han ido implementando y desarrollando otras tareas educativas, pero en espacios no docentes. De ellas resaltamos dos: de un lado, en algunos centros se ha contratado a tiempo parcial la figura de educador social en el centro, para realizar intervenciones con los alumnos en dos espacios, en los descansos (recreos largos) y al finalizar la jornada, incluso fuera del centro; para generar una relación entre estos educadores y el alumnado estas personas son las que imparten alguno de los módulos específicos en las tuto-

rías grupales habitualmente las de drogas. Estas iniciativas se han puesto en marcha por parte de una entidad especializada y alguno de los PCPI con una alta valoración por parte de los responsables del centro.

Otra de las actividades desarrolladas en los espacios no docentes la vienen realizando algunos centros organizando actividades de ocio algunas tardes, que no hay clase, incluso algunos fines de semana (excursiones y salidas); a partir de ahí se ha ido avanzando habilitándose espacios para comer y poder asistir a las actividades de la tarde, espacios para que estén los alumnos dentro del centro cómodamente... Las actividades las propone el alumnado y el objetivo es incrementar el «apego» o la vinculación al centro; otro de los logros conseguidos es un incremento de la relación entre los alumnos, siendo especialmente notable en aquellos que no cuentan con una red de amigos fuera del centro.

El trabajo con el alumnado a través de todas estas actividades expuestas supone una buena fuente de información sobre el alumno y la alumna, complementado con lo que el profesorado en sus sesiones va observando. Todo ello permite detectar dificultades severas para poder orientar la acción e incluso derivar el caso hacia servicios especializados (previo contacto y explicación a la familia).

7.6. Las actividades de los proyectos destinadas a las familias de los alumnos

El trabajo con las familias es considerado como el más complejo por las entidades y por los centros. Aunque algunos de ellos no manifiesten tener mayores dificultades, éstas pueden venir aleatoriamente, es decir, hay años en los que se encuentran con padres colaboradores y otros en los que no se ha podido establecer ninguna colaboración.

Los CIP no han tenido en el trabajo con padres y madres una prioridad, ya que el alumnado que accedía a sus cursos era de mayores de edad

(18, 19 o 20 años), que acudían para capacitarse mínimamente en un oficio, por lo que la influencia de los padres no era considerada relevante. Por tanto, no hay tradición de acercamiento a las familias; sin embargo, las condiciones han cambiado y ahora acuden menores de 15 y 16 años en los cuales la familia juega un papel importante.

Las familias de este alumnado suele tener un «poso agrio» en su relación con el centro educativo, ya que cuentan con un incómodo historial de citaciones por parte de los tutores de los centros en los que han cursado su hijas o hijos, para tratar de los comportamientos negativos y, a menudo, para recriminarles su escasa dedicación a la tarea educativa, favoreciendo un sentimiento de culpa y de rechazo hacia el centro.

En este contexto los centros se afanan en desarrollar estrategias que rompan estas dinámicas, organizan actos de presentación del centro a los padres al comienzo de curso e intentan establecer otras comunicaciones, pero con resultados muy irregulares. Las dinámicas que se desarrollan básicamente son:

- Reuniones generales de madres y padres de alumnos del centro a principios de curso para presentar el centro y establecer contactos amables.
- Los programas formativos para madres y padres. Encuentros de madres y padres.
- Algunas conferencias o debates puntuales sobre temas concretos de interés.
- Intervenciones individualizadas con las familias de los alumnos.
- Dentro de estas intervenciones individualizadas cabe mencionar las de mediación familia-centro, cuando se plantean conflictos entre ambos.
- La derivación a servicios de prevención indicada. A menudo estos servicios especializados establecen intervenciones con los menores y con sus familias.

Las acciones más valoradas son las intervenciones individualizadas y las de mediación centro-familia (que son muy pocas).

Las actividades con la familia se llevan indistintamente entre el profesorado del centro o el personal de las entidades especializadas, cuando la hay, dependiendo de la capacidad del propio centro y del tipo de actividad: las reuniones generales evidentemente son llevadas por los propios centro, pero los escasos programas formativos (encuentros madres y padres) se llevan principalmente por las entidades especializadas. En cuanto a la intervención individualizada, depende de cómo se vea el profesorado del centro para acometerla; en los casos en que no se ve capacitado y hay una entidad especializada recurrir a ella.

Hay centros que han encontrado bastante respuesta a los programas formativos de las familias, incluso hay algún centro que tiene un grupo permanente, o que tiene buena asistencia a las convocatorias globales de todas las familias, pero son los menos; en general, las experiencias grupales no son positivas en cuanto al número de participantes, y de hecho algunos centros han variado la estrategia y organizan algunas charlas con los recursos de la comunidad (prevención de drogodependencias, educación afectivo-sexual, empleo...) para que estén informados y puedan recurrir a ellos en caso de que sea necesario.

8. LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA

«Hablar de buena práctica no significa proporcionar una receta prefabricada para la evaluación de una experiencia. Cada experiencia es una realidad aparte y hay que evaluarla en los hechos según la capacidad que tienen de convertirse en **solución** para un problema, de ser **reproducida** y de **aportar cambios significativos** en el contexto en el que se aplica» (*Actas del Congreso*

internacional. Sistema Preventivo y Derechos Humanos, Sistema Preventivo & Diritti Umani, Roma, 2009). Esta idea acierta de pleno en nuestro contexto, del que ya señalábamos algo en la misma dirección cuando nos hemos referido al *polimorfismo* de los centros y la necesidad de acomodar la intervención a sus características. Entendemos que no es factible crear una metodología excesivamente rígida, ya que pueden existir diversas intervenciones adecuadas, es decir, hay que ser riguroso para seguir un procedimiento de buenas prácticas pero se debe ser flexible para que las intervenciones prácticas se acomoden al centro.

Una buena práctica, además, no se refiere únicamente a la ejecución, sino también a lo que antecede a ésta y lo que sucede a posteriori, de manera que hay tres tiempos:

- El primero antes de la intervención, en la fase del diseño, hace mención a todos los aspectos organizativos que los encargados de realizar la intervención deben tener en cuenta para su posterior consecución (fundamentación, contextualización, detección de necesidades, objetivos, planificación y programación de las fases, procedimiento de la evaluación, etc.).
- El segundo se refiere al momento en el que se está ejecutando la intervención.
- Finalmente, el tercer período, al cierre de la intervención, hace referencia a los aspectos relacionados con los resultados obtenidos tras la ejecución.

En lo que respecta a los criterios para definir unas buenas prácticas en el área de la intervención psicoeducativa y/o socioeducativa, después de realizar una revisión⁴ hemos seleccionado dos baterías de criterios, las de Subirats y Gomá (2003) y la del Sistema Preventivo & Diritti Uma-

de criterios de buenas prácticas. El grupo de trabajo estaba dirigido por Ana Martínez Pampliega y Rosa Santibáñez Gruber y además participaron Janire Fonseca, Zuriá Fernández de Liger, Marta Ruiz Narezo y Tamara Prieto.

⁴ Paralelamente a esta investigación, los dos autores del presente artículo participaron en un grupo de trabajo dentro del programa de investigación BizkaiLab de la Universidad de Deusto y la Diputación de Bizkaia, con un proyecto denominado Bizkume en el que se analizaron diferentes series

Estructura de criterios de buenas prácticas

Subirats, J. y Gomá, R. (2003)	Diritti Umani (2009)
Innovación. Que introduzca las temáticas o la metodología de forma creativa original y/o novedosa. No sólo se refiere a procedimientos y soluciones, sino también a problemas.	Innovatividad. Indagación de la capacidad que tiene la actividad educativa para producir soluciones nuevas, creativas, considerables desde el punto de vista cualitativo para mejorar las condiciones iniciales o para satisfacer la exigencia o solucionar el problema original.
Estrategia. Que tenga como objetivo la debilitación de los actores que provocan situaciones de exclusión. Que emprenda procesos de capacitación huyendo de los puramente asistenciales. Fundamento. Que tenga criterios explícitos para el diagnóstico, la implementación y la evaluación de la acción.	Convivencia y exhaustividad del cuadro lógico proyectivo y realizable. Indagación de que el problema se haya trazado correctamente en todas sus facetas, dejando claros también los objetivos y los resultados esperados en cuanto a posible solución y las actividades a emprender para conseguirla.
Integralidad. Que produzca transformaciones estructurales o actuaciones coyunturales no aisladas.	Mainstreaming. Exploración de la capacidad de producir cambios visibles en los usuarios, en las instituciones, territorios.
Transferible. Que sea acumulable y que pueda servir de referencia a la propia entidad o a otra en su futuro que sea exportable y adaptable.	Reproductibilidad. Exploración de la posibilidad de reproducir la actividad educativa en contextos con problemas análogos, en situaciones y condiciones diferentes.
Participación. Implicar a sus actores en su diseño, implementación y/o evaluación de la práctica mediante procedimientos o mecanismos que fortalezcan y restablezcan vínculos y redes comunitarias.	Participación. Compromiso de la sociedad civil, la inserción transversal, la integración.
Efectividad. Que produzca un impacto social tangible positivo duradero. Que sea sostenible en el tiempo.	Eficacia. Investigación del grado en que la actividad educativa logró los objetivos que se había planteado, aportando provecho a los beneficiarios. Sustentabilidad. Indagación de la capacidad que tiene la actividad para fundarse en los recursos existentes y para comprobar la estabilidad y continuidad de los beneficios en el tiempo.
Pluralismo. Que considere el conflicto y la diversidad como elementos consustanciales de los procesos sociales y fuentes de creatividad y enriquecimiento.	
Transversalidad. Que emprenda acciones implicando al máximo de agentes (departamentos, áreas, entidades, instituciones, etc.). Que trabaje en el campo de acción o en la problemática abordada fomentando el trabajo en red.	
	Ajuste a los vínculos normativos, financieros y organizativos del contexto en el que se lleva a cabo.

ni (Roma, 2009), que son las que nos parecen más ajustadas:

Hemos contrastado, en la tabla adjunta, ambas baterías de criterios, ya que bajo nombres de criterios distintos aparecen conceptos similares, y viceversa, es decir, bajo términos similares aparecen matices diferentes.

Sobre esta estructura de criterios hemos elaborado la nuestra, realizando algunos ajustes, completándola con algún otro criterio y reorganizándola en los tres momentos (diseño, realización y cierre). Luego la hemos superpuesto —como si de un papel transparente se tratara— encima de las intervenciones que se realizan, para comprobar su cumplimiento.

8.1. Las buenas prácticas en el proceso inicial, antes de la intervención

Innovación y mejora constante

Como hemos señalado, la intervención en prevención selectiva es relativamente novedosa, aunque es cierto que no todas las intervenciones son recientes, sino que algunas cuentan con varios años de experiencia; sin embargo, estos casos han estado sometidos a criterios de mejora constante, por el propio imperativo de su proceso, de manera que son experiencias que han ido evolucionando, desde las iniciales intervenciones sencillas hasta los completos proyectos actuales; pero los avances se han producido «pegados al terreno» a partir de la práctica, lo que les ha llevado a realizar ensayos y cambios frecuentes y a innovar constantemente.

Entendemos, por tanto, que este criterio se cumple en la actualidad... Pero lo que sí hemos detectado es que su cumplimiento no se realiza a través de la aplicación de un método riguroso, sino que se lleva a cabo de forma poco sistemática, por impresiones, por un conocimiento parcial... y es por ahí por donde habría que avanzar. Por supuesto esto no quiere decir que las innovaciones o mejoras que se ponen en marcha no sean las adecuadas.

Fundamentación

La lógica invita a pensar que precisamente los proyectos más innovadores deben estar bien sustentados en lo que podrían ser tres fases:

- Un análisis teórico (no concretado en el espacio en el que se va a intervenir), de las dificultades o factores de riesgo o vulnerabilidad de esta población y a cuáles se puede hacer frente con este tipo de intervención. Esto hace inevitable una reflexión mínima a partir del análisis de la literatura especializada.
- Un proceso de reconocimiento de estas dificultades en la población objetiva y de los recursos con los que se cuenta para hacerles frente.
- Determinar los objetivos concretos que se plantean conseguir en función de los elementos anteriores, es decir, determinación teórica de variables, reconocimiento de las variables en el público objeto de la intervención y análisis de los recursos reales.

Los datos recogidos de las intervenciones plantean debilidades en este sentido y apuntan a una característica que es el proactivismo de las iniciativas, muy volcadas en hacer cosas, pero con poca dedicación a la organización, planificación y sistematización de la misma.

En lo que respecta a la reflexión teórica, aunque la interpretación del fenómeno esté clara en el pensamiento de la mayoría de los actores, ésta no se explicita claramente en los proyectos. Aquí se produce un punto para ser considerado, y es que a menudo la intervención se centra en el uso de drogas y no tanto en los factores de riesgo de la conducta problema. La reflexión viene a colación porque hay una relación entre conducta problema y un consumo abusivo y dicha relación proviene de que ambos comparten muchos factores de riesgo, y, por tanto, lo importante no es tanto el uso de drogas sino los factores de riesgo.

Consideramos que un criterio relevante es que los proyectos cuenten con una estructura teórica

en la que se explicita con claridad cuál es el punto de partida, en cuanto a factores sobre los que se puede incidir con una intervención no terapéutica sino psicoeducativa o socioeducativa; este criterio se satisface muy vagamente o de forma muy básica. El hecho de describir los factores sobre los que se puede incidir y a partir de ahí comenzar con la estructura de la intervención ayuda a la mejora de los proyectos y a la transferencia de los mismos.

Estrategia y estructura de la intervención

El tener bien definida la estrategia de intervención requiere un conocimiento del medio de los recursos y dificultades del centro, así como la problemática del alumnado, y contrastarlo con la reflexión teórica. A partir de ahí se define la estructura de la intervención, qué objetivos nos podemos plantear y qué intervenciones vamos a desarrollar para atenderlos.

El reconocimiento de las dificultades y de los recursos con los que van a poder contar es un proceso que se cumple, es la actividad que se considera más funcional y se atiende con cierto esmero. En algunos casos se hace una reflexión bastante formal y estructurada incluso algunos realizan un DAFO, mientras que en otros, aunque no de forma tan estricta, se realiza debidamente.

A pesar del esfuerzo puesto en ello hay un elemento que merece una reflexión: para acceder a las dificultades de los alumnos se utiliza una metodología basada en la observación de éstos en las primeras sesiones de trabajo, lo cual permite hacerse una idea de las dificultades de alumnos concretos; sin embargo, no se realiza un análisis de otro tipo (cuestionarios, entrevistas...), que complementa lo anterior, y de hecho algunos de los centros han mostrado interés por alguna prueba de este tipo. Nos preguntamos hasta qué punto estas observaciones son suficientes o se podría completar, teniendo en cuenta que una parte del alumnado tiene un nivel de problematización que rebasa las posibilidades de un proyecto psi-

coeducativo, y una detección precoz puede ayudar en la debida orientación del caso.

Con respecto al diseño de la estructura de la intervención tenemos más temores, y pasa algo similar a lo sugerido en el punto anterior sobre el proactivismo de las iniciativas, con frecuencia la dedicación se limita a describir la estructura general de la intervención: objetivos generales, las actividades a desarrollar y una secuenciación de las actividades. No se definen objetivos más operativos o medibles, no se plantea unas actividades con unos objetivos de proceso, ni se hace una planificación de dichas actividades.

Los condicionantes del trabajo en los centros no invitan a desarrollar un complejo proceso de fundamentación y de estructura de la intervención, sino más bien lo contrario, están obligados, como alguno ha señalado, a «seducir» a la dirección y al personal del centro y no es fácil de conseguirlo con un proyecto que contiene una compleja y densa fase de análisis y diseño del proyecto sino ofreciendo una amplia batería de intervenciones. Eso explica cómo las primeras iniciativas se van realizando de forma poco estructurada, por su novedad, pero según se vayan organizando y asentando deberían avanzar hacia la sistematización, que es ventajosa para que el proyecto sea revisado y mejorado.

Algunos nos han trasladado también «el temor de vender humo» al iniciar la relación con el centro, de prometer intervenciones y logros que no se pueden conseguir, y no sabemos hasta qué punto tener un proyecto bien sistematizado puede ayudar a clarificar las relaciones entre el centro y la entidad, pero en cualquier caso no parece que esto las entorpezca.

Evaluabilidad

Una parte importante del ejercicio de diseño de la intervención (fundamentos teóricos, análisis de los problemas y recursos, diseño del proyecto, estructuración, organización, planificación y sistematización de la intervención...) tiene sentido porque eso permitirá, junto con la deter-

minación de procedimientos de medida y de indicadores de resultados, conocer qué objetivos se van alcanzando y cuáles no, y a qué puede deberse; es decir, entrar en un proceso de evaluación. En definitiva, para realizar una evaluación hay que cumplir una serie de condiciones, y la primera es que el proceso de evaluación debe estar presente desde el momento del diseño de la intervención, y entendemos que eso no ocurre, porque el diseño de los proyectos es excesivamente genérico y no plantea objetivos finalistas de resultados.

Nosotros hemos realizado un intento de evaluar algunos resultados desde una perspectiva macro de un conjunto de centros con intervención y compararlos con otro conjunto de centros sin intervención (como grupo de control); sin embargo, dada la variabilidad de los proyectos, de los recursos y del alumnado de los centros, no consideramos que es adecuado establecer evaluaciones macro, siendo más recomendable diseñar evaluaciones más ajustadas a la realidad concreta de cada centro.

Ajuste a los vínculos normativos, financieros y organizativos del contexto

Este criterio se cumple totalmente con estos proyectos:

- Con respecto a la normativa no sólo se adecua, sino que este tipo de intervenciones son prioritarias en los planes V y VI de drogodependencias de la CAPV.
- En cuanto a lo tocante al tema financiero, estos proyectos dependen de las subvenciones de las administraciones públicas, en concreto el Gobierno vasco y los ayuntamientos.
- Desde la perspectiva organizativa dependen del área de drogodependencias, sin que exista ninguna interferencia con otros sistemas con las que puedan estar en conexión, como los de servicios sociales, sanidad o educación.

8.2. Las buenas prácticas en el proceso de la intervención

Participación

Todas las intervenciones recogidas tienen en cuenta este criterio y lo asumen en su concepción y en la práctica; de hecho los proyectos nacen con la vocación de movilizar al personal de los centros en diferentes dimensiones: ayudar a entender mejor a los alumnos, a mejorar su interacción con ellos, a tomar las decisiones más adecuadas para su integración...

Hay que tener en cuenta, como ya hemos apuntado, que no todo el colectivo de profesores siente las mismas necesidades en cuanto al alumnado, y que la gran tentación es apoyar a los alumnos y a las alumnas que mejor van, a los que menos problemas presentan, con los que el profesorado se siente más cómodo; de hecho una parte de este alumnado ha llegado al PCPI precisamente por una falta de atención por parte del profesorado. Sin embargo, en este caso se trata de intervenir precisamente sobre «los otros», los que tienen más dificultades y que a menudo tienen los comportamientos más disruptivos. Se entiende que hay que cambiar esa inercia del profesorado y sobre eso se trabaja.

Los proyectos cumplen con las exigencias planteadas en cuanto que pretenden implicar a sus actores en su diseño, ejecución e implementación y esto se hace acomodándose a las condiciones del centro (los horarios, los tiempos de dedicación...), y se consigue, ya que es poco el personal docente que no participa y se aísla del proyecto.

Como prueba está el hecho de que todos los PCPI que han recibido esta ayuda externa por parte de una entidad especializada —intensa o en forma de menú— la han valorado muy positivamente, todos manifiestan el deseo de mantenerla y casi todos de incrementarla; la consideran como un gran refuerzo y creen que les ha ayudado a obtener mejores resultados con su alumnado.

Como contraste conviene advertir que con el apoyo intenso de una entidad especializada (modelo de liderazgo compartido) puede sobrevenir el

riesgo de que el personal del centro delegue parte de sus funciones en dicha entidad, eludiendo su responsabilidad al ampararse en su falta de conocimiento y sus temores. El apoyo debe ir orientado a que el profesorado pueda realizar eficientemente su función de educador, en el sentido de favorecedor de la inclusión del alumnado en riesgo y a complementar su tarea ante determinadas dificultades, pero no a sustituir al profesorado.

Integralidad

La producción de transformaciones y cambios estructurales más allá de actuaciones coyunturales es también un criterio que debe tenerse en cuenta para definir buenas prácticas y que en este caso se cumple, pero a nivel de la microestructura del centro, es decir, en los centros en los que estas prácticas están más asentadas se tiende a realizar intervenciones integrales, que acojan las diversas dimensiones del alumnado y de su entorno cercano, como las familias y los recursos sociales.

Parte de este efecto se puede observar en la trayectoria de los proyectos de los centros, cómo han ido variando dejándose influir por las iniciativas propuestas por las entidades especializadas e incorporando algunas de estas intervenciones. Esto sólo se puede apreciar en los centros en los que este tipo de intervenciones lleva cierto recorrido, porque las transformaciones no son difíciles de poner en marcha por las entidades especializadas, una vez que se acepta la propuesta de la entidad, pero es más difícil que se asienten en la planificación del centro, porque esto supone que son asumidas por el propio centro.

Transversalidad y trabajo en red

Este criterio se consigue en gran parte, se avanza en relaciones, contactos y coordinación con entidades de prevención de drogodependencias, de servicios sociales, con servicios de protección a la infancia (menores), recursos de cumplimiento de medidas ante menores infractores,

recursos sanitarios (psiquiatría infanto-juvenil) y recursos de empleo.

Con frecuencia se plantean intervenciones en coordinación con recursos de educadores de medio abierto y con educadores de menores de centro residenciales, pero esto depende de la sintonía entre los equipos, de si pertenecen a la misma entidad, de si tienen un mismo «estilo de trabajo», o de si hay un cierto nivel de implicación de los profesionales... Y por supuesto se traduce en coordinaciones.

Se podría avanzar más, de una parte dirigiendo la acción hacia recursos socioculturales, y de otra experimentando nuevas metodologías de apoyo a los menores a través de la mejora de los procesos de coordinación de los recursos (trabajo en red).

Pluralismo

Es difícil establecer un procedimiento para recoger este criterio y tenemos dudas de haber indagado sobre él de forma adecuada. Sin embargo, a través de algunos indicios indirectos nos llevan a pensar que efectivamente el conflicto y las diferencias no se perciben como algo puramente negativo, sino como procesos y hecho normales con los que hay que convivir, mejorando aquellos elementos que dificulten la integración de estos alumnos y alumnas, y aprovechándose de aquellos que son neutros o que pueden ser positivos.

Individualización

La intervención satisface este criterio, puesto que se organiza de tal manera que supone un acercamiento a la problemática más personal en diferentes niveles, es decir, cada centro tiene su propio proyecto acomodado a sus características y diferenciado de lo que se hace en otros centros; cada clase-grupo puede tener su propia intervención de tutorías, en función de su alumnado; en algunos casos se pueden crear grupos pequeños con una intervención aún más acomodada a sus

dificultades y, finalmente, se desarrollan intervenciones individuales a través de tutorías individuales, detección precoz de situaciones problemáticas y derivación hacia intervenciones personalizadas al alumno o alumna y a su familia.

Adaptabilidad

Éste es uno de los criterios que mejor recoge lo que ha sido el proceso de desarrollo de los proyectos preventivos en los PCPI, ya que ha supuesto una constante adaptación a la realidad de sus recursos y a los cambios sucesivos en «la clientela», y si han sobrevivido durante unos años, ha sido porque se han ido adaptando y creciendo como parte del proceso de mejora.

8.3. Las buenas prácticas tras la ejecución de la intervención

Eficiencia y efectividad

Para medir adecuadamente el alcance de estos criterios se tendrían que haber desarrollado otros elementos en el proceso previo a la intervención, como son un diseño detallado de la estrategia y la determinación de objetivo y de instrumentos de medida para conocer los resultados, es decir, haberse diseñado adecuados procedimientos de evaluación. No obstante, estos mecanismos no se establecen en la primera parte, la del diseño, por lo que no se pueden cuantificar estos criterios.

Lo más cercano que hemos estado de valorar los resultados son las aportaciones del personal de los PCPI, en las que todos coinciden en destacar los aspectos positivos del apoyo que reciben y la necesidad de incrementarlos, así como la satisfacción por los proyectos que se están desarrollando.

Sostenibilidad y sustentabilidad

El criterio de sostenibilidad se podría analizar una vez que se han establecido los apartados de

eficiencia y efectividad, ya que a partir de ellos habría que establecer un mínimo balance de costes (no sólo económicos); teniendo en cuenta el escaso desarrollo de la medición de esos criterios, es todavía más impreciso evaluar la sostenibilidad de las experiencias.

A pesar de ello no queremos dejar de recalcar que uno de los valores de estos proyectos es el de conseguir la capacitación de una parte del profesorado para desarrollar diversas intervenciones, asumiendo y reforzando su papel como educadores por la inclusión, siempre y cuando reúna al menos dos condiciones: una cierta preparación técnica y un cierto tiempo de aprendizaje en relación a la entidad que desarrolla la intervención. La asunción de estas responsabilidades traducidas en tareas permite liberar esfuerzos de las entidades especializadas y dirigirlos a otros centros o a otras intervenciones en el mismo centro.

Transferible/reproductibilidad

La capacidad para que una experiencia pueda servir de referencia a la propia entidad o a otra en su futuro que sea exportable y adaptable es también un criterio que debe tenerse en cuenta y que en este caso entendemos que se cumple, porque de hecho lo que se ha venido haciendo es crecer en extensión, a través del aprendizaje de unas primeras experiencias muy elementales.

Ahora bien, este crecimiento se ha producido de forma un tanto endogámica, pues cada entidad ha ido aprendiendo sobre su propia experiencia y esa experiencia la ha ido trasladando a otros centros. Precisamente el hecho de que sean experiencias poco sistematizadas y estructuradas, sobre las que poco queda por escrito —no más allá de proyectos generales—, no favorece su reproducción en otras entidades, por lo que permanecen dentro de la entidad que las generó. El reto que habría que plantear es el de dar a conocer estas experiencias y que todos aprendan de todos.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación reflejamos una serie de ideas con el propósito de que sirvan de conclusiones del trabajo y recomendaciones generales para quienes tengan interés en iniciarse en el desarrollo de proyectos de prevención selectiva en centros educativos:

1. Sólo una minoría, reducida pero significativa, de los que se inician y exploran en los consumos llegan a tener problema con las drogas; porque la gran mayoría de los consumos tienen un carácter iniciático, experimental, recreativo, o son propios de una etapa de la vida y tienden a desaparecer o a reducirse hasta la moderación una vez concluida dicha fase vital.
2. El paso de estos consumos iniciáticos, experimentales o recreativos a consumos problemáticos no se produce por azar, sino que obedece a la influencia de una serie de factores de riesgo, que convierten en vulnerables a las personas en las que concurre más factores y/o son factores más poderosos.
3. Las intervenciones de prevención primaria y/o de prevención universal no son eficaces con las poblaciones más vulnerables, o que están más en riesgo. Para esos colectivos que están en una situación de mayor vulnerabilidad o de mayor riesgo, son necesarias otras intervenciones acomodadas a sus dificultades, que se denominan de prevención selectiva.
4. Las dificultades de algunas personas exceden también las posibilidades de la prevención selectiva, por lo que hay que recurrir a intervenciones individuales dirigidas a personas con consumos problemáticos y/o

con graves dificultades, que son las de prevención indicada.

5. Las tres estrategias son necesarias y complementarias, porque llegan a públicos diferentes y cubren necesidades diferentes. La universal llega a una población con menores riesgos —pero no inexistentes— y constituye una primera barrera en la que se fortalecen los factores de protección (aunque eso no limita los usos iniciáticos y la experimentación sí ayuda a que no se desarrolle un consumo frecuente). La selectiva destinada a aquellas personas que por su vulnerabilidad —sea del tipo que sea el origen de ésta— necesitan una intervención más intensa y más a medida de sus necesidades o factores de riesgo. La indicada dirigida a personas altamente vulnerables que necesitan una intervención a su medida.
- Lo adecuado sería equilibrar los tres niveles de la intervención, ajustando los recursos a las posibilidades de cada una y no haciendo apuestas exclusivas por una de ellas.
6. Como el consumo abusivo es el resultado de la influencia de factores de riesgo y la escasa presencia de factores de protección, lo importante en la intervención selectiva no es sólo el consumo en sí (que puede tener un sentido iniciático o exploratorio o recreativo), sino también los factores de riesgo sobre los que habrá que actuar.
 7. Es posible determinar grupos en una situación de mayor vulnerabilidad y sobre los cuales orientar intervenciones y proyectos de prevención selectiva. Menores atendidos por los servicios sociales por dificultades familiares, menores con dificultades escolares (aulas de diversi-

ficación, gran retraso o fracaso escolar, centros de iniciación profesional...), menores bajo medidas sancionadoras por vulneración de la ley... En nuestro caso nos referimos a menores con fracaso escolar que no aprueban la ESO y que continúan estudiando en los PCPI, centros con programas de iniciación profesional o antiguos centros de garantía social.

8. Dado que la vulnerabilidad puede tener orígenes distintos o que al consumo abusivo de drogas se puede acceder por itinerarios diferentes, habría que tener en cuenta lo que la evidencia nos dice sobre los factores que inciden en general, y en concreto cuáles pueden ser los que afectan al colectivo sobre el que vamos a desarrollar la intervención, para lo que es adecuado revisar bibliografía pertinente y contrastarla con los datos que podemos tener en el centro. En función de la influencia de estos factores hay dos indicaciones que son pertinentes:

- Desarrollar intervenciones multicomponentes, que atiendan a diversos déficits: autoconcepto, impulsividad, habilidades de relación, la toma de decisiones, el control emocional, las normas y los valores prosociales y positivos, información sobre riesgos...
- Promover un apego o un anclaje y restablecer algunos vínculos positivos con una entidad prosocial como condición, para poder promover cambios reales.

- 9.a. Si eres un centro educativo o un PCPI que quiere desarrollar alguna intervención de prevención con lo que crees que son alumnos vulnera-

bles, antes de hacer nada puedes recurrir a alguna entidad especializada en tu zona, a poder ser que esté desarrollando, o que quiera desarrollar proyectos de prevención selectiva y acordar con ellos algunas sesiones formativas.

- 10.a. Es muy importante que el personal del centro esté de acuerdo en participar, para lo cual las personas que estéis más interesadas deberéis convencer al resto, implicarles y alcanzar la cohesión necesaria para impulsar una acción coherente.
- 11.a. Lo mejor es desarrollar un proyecto, lo que conlleva una alta implicación por parte del centro y la consideración de que, quizá, habrá que relativizar los objetivos formativos dando más importancia a los objetivos educativos.
- 12.a. Diseñar y poner en marcha un proyecto es difícil incluso si se cuenta con recursos propios o con el soporte de una entidad con experiencia, ya que supone un esfuerzo en dedicación que quizá no todos estén dispuestos a asumir. Pero entre un proyecto global de centro y la ausencia de una intervención hay una gran distancia que se puede rellenar con otras posibilidades; como alternativa se puede empezar por actividades fácilmente asumibles por el centro e ir avanzando poco a poco, de tal manera que se vaya consiguiendo la participación de la gran parte del profesorado y que se vaya madurando la idea y en unos pocos cursos tener un proyecto adecuado.
- 9/10.b. Si una entidad es especializada, desea desarrollar proyectos de prevención selectiva y ha contactado con un centro en el que también puede haber interés, es muy posible que, como en los casos de la prevención

universal, la demanda sea para el desarrollo de alguna acción informativa a los alumnos, pero sería muy recomendable que además el acercamiento al centro permita una intervención formativa hacia el profesorado, para exponer y debatir los aspectos fundamentales de la estrategia selectiva y tratar de implicarles, para que el resultado no sólo sea una acción puntual.

11/12.b. Si se ha conseguido superar la barrera de la acción puntual y se ha propiciado otros acercamientos, habrá que acudir con las ideas claras, con un proyecto bastante definido en cuanto a los contenidos sobre los que trabajar y en su metodología, pero sin imponer nada, no debe ser un proyecto rígido ni debería hacerlo explícito desde el principio, sino que se debe ir planteando cosas e ir creciendo paulatinamente, incorporando las actividades cuando el centro esté preparado para ello, acomodándose a las condiciones y a los ritmos que vaya imponiendo la relación con el centro.

13.a. Hay varias cosas que un centro puede hacer con o sin ayuda externa, como son:

- Espacios de coordinación y reflexión conjunta del personal del centro, para conseguir la cohesión necesaria para desarrollar un proyecto compartido por todo el centro.
- Trabajar sobre las normas en el centro primero entre el personal, llegando a acuerdos asumidos y defendidos por todos, y después trasladarlos a los alumnos de forma pedagógica, propiciando y explicando la necesidad de un centro libre de drogas. Este tema

puede entrar en el espacio de tutorías al comienzo del curso.

- Tener un espacio de tutorías de clase, al menos un día a la semana (y mejor dos), en el cual se desarrollará un programa que permita incidir sobre los factores de riesgo (autoestima y autoconcepto, autocontrol e impulsividad, habilidades sociales, las normas...), además de la orientación laboral y de la resolución de los posibles conflictos.
- Dependiendo de la capacitación del profesorado en las tutorías se pueden tratar temas específicos, tales como riesgos del uso de drogas o la educación afectivo-sexual.
- Tener un procedimiento de trabajo con las tutorías individuales, donde reforzar elementos positivos del alumno (entrevista motivacional).
- Tener un procedimiento de trabajo con las familias para conseguir su colaboración.
- Desarrollar actividades complementarias de tiempo libre o de ocio para incrementar la vinculación del alumnado con el centro.
- Coordinación y apoyo con recursos de la comunidad.

13.b. Si se cuenta con una entidad especializada, se pueden hacer algunas cosas más. La formación, el contraste de ideas para desarrollar las tutorías, tener un espacio para el análisis de casos, detección de casos problemáticos, derivación, desarrollo de temas puntuales en las tutorías... Sin embargo, debe estar claro que el centro es el responsable y que la entidad especializada presta una cola-

boración para que el centro mejore la respuesta ante su alumnado en riesgo, pero no supe al profesorado. En la medida que el profesorado con la experiencia va capacitándose y ganando en confianza asumirá tareas que la entidad especializada devolverá para hacer otras cosas y seguir avanzando.

14. Es totalmente recomendable ir describiendo el proyecto desde el inicio: las justificaciones teóricas, el análisis de los alumnos, la estructura de actividades, el objetivo o la utilidad de las mismas... poniendo en marcha un procedimiento que nos permita conocer los resultados que se obtienen con las intervenciones, que en un principio puede ser muy sencillo, pero que se puede ir haciendo más complejo según se vayan produciendo las acciones. Este registro será un instrumento eficaz para la mejora y el avance de la intervención.

RECURSOS

Entidades que han participado y a las que podéis dirigirlos en busca de información.

AGIPAD

Asociación Guipuzcoana de Investigación, Prevención y Asistencia ante las Drogodependencias

c/ Javier de Barkaiztegi, 23
20010 Donostia-San Sebastián
943 473 864
943 473 866
agipad@agipad.com

ADOS

c/ Mayor, 29, 1.º dcha.
48930 Areeta-Getxo (Bizkaia)
944 051 305
605 713 590

605 721 003
ados-ados@euskalnet.net

Ayuntamiento de Barakaldo

Servicio de Prevención
c/ San Juan, 13
48901 Barakaldo
944 789 594
944 789 595

Ayuntamiento de Bilbao

Negociado de drogodependencias
c/ Ugalde, 7
48012 Bilbao
944 204 974
drogodep@ayto.bilbao.net

Fundación Etorkintza Elkargoa

c/ Jon Arróspide, 11, bajo
48014 Bilbao
944 444 249
fundacion@etorkintza.org
dpto.prevencion@etorkintza.org

ORTZADAR

www.ortzadar.es
48014 Bilbao
944 74 57 75
ortzadar@ortzadar.es

RECURSOS DIDÁCTICOS Y BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA PARA INICIAR UN TRABAJO

Recursos bibliográficos para intervenir y desarrollar proyectos

El texto que recomendaríamos leer en principio, y antes de nada, es:

Moreno Arnedillo, G. y Gamonal García, A. (2006): *ODISEA: proyecto piloto de prevención de drogas en centros de garantía social*. Editado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.

Este libro nos ayudará a situarnos sobre lo que deberemos hacer y qué camino deberemos recorrer para iniciar el desarrollo de una intervención de prevención selectiva en centros de iniciación profesional PCPI o de garantías social.

También puede ayudar a centros de secundaria que quieran desarrollar proyectos de este tipo aunque no sean PCPI, evidentemente más adaptados a los centros con módulos de formación profesional, pero también en centros de secundaria con aulas de diversificación.

En esta publicación también hay bastantes aportes bibliográficos sobre recursos en los que no vamos a extendernos y que fácilmente podéis consultar en ella, ya que está al alcance de todos como PDF en las publicaciones de la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

En un segundo momento habría que pasar a algo más denso:

González Menéndez, A., Fernández Hermida, J. R. y Secades Villa, R. (coords.) (2004): *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Ed. Colegio Oficial de Psicólogos, Principado de Asturias.

Este documento nos va a proporcionar muchas claves del porqué y cómo intervenir.

Quizá sea conveniente ojear *Odisea* y luego pasar a esta guía, para una vez leída volver con más detenimiento sobre *Odisea*.

Como la anterior, está accesible en PDF en las publicaciones de la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

Para trabajar la entrevista individual con el alumnado son muy recomendables:

Becerro, M.^a A., Garai, I., López de la Serna, A. (2008): *MOTIVA: guía para manejar comportamientos problemático y consumo de drogas en adolescentes*. Editado por Hazkunde y Gobierno Vasco, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.

Miller y Rollnick's (1999): *La entrevista motivacional*. Madrid: Paidós.

Hay muchos recursos didácticos y programas para trabajar con las familias; sin embargo, para trabajar con familias vulnerables o con mayor riesgo hay muy pocos. Recogemos dos programas:

Larriba, J., Durán, A. M. y Suelves, J. M. (2005): *PROTEGO: entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias*. Promoción y Desarrollo Social (PDS).

Está accesible, también, en PDF en las publicaciones de la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

Aunque no se utilice de forma estricta se pueden obtener ideas para aplicar.

Al-Halabí, S. y Errasti, J. M.: *Familias que funcionan para padres e hijos entre 10 y 14 años*. Son los responsables más directos del proyecto, junto con la participación de Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., García Rodríguez, O. y Caballero Crespo, J. L., todos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

La iniciativa forma parte de un proyecto europeo conocido como *My strong family* (*Mi fuerte familia*), que trata de adaptar el programa original estadounidense *Strengthening Families Program* (*Fortaleciendo familias*) (SPF), de 10 a 14 años.

Para acceder al proyecto hay que contactar con Susana Al-Halabí.

El programa está constituido por una serie de vídeos sobre los que se trabajan aspectos muy precisos de las relaciones y dificultades de los hijos de esas edades.

Para desarrollar tutorías en las que se puedan trabajar las dificultades generales de los adolescentes hay bastantes recursos, pero adaptadas al alumnado más vulnerable no hay muchas. Apuntamos:

Gárate, O., Gazopo, J., Hierro, S., Río, B., Rodríguez, I. y Urkijo, M. (2007): *Yo adolescente joven*. Personal técnico de la Fundación Etorkintza. Edita Fundación Etorkintza Elkargoa. Cola-

boración del Gobierno vasco, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, ayuntamiento de Barakaldo.

Además de las actividades que propone, contiene algunas referencias bibliográficas a tener en cuenta.

Gamonal García, A., Moreno Arnedillo, G. y Suárez Vázquez, R.: *DEBATESDRO*. Edita Centro de Estudios para la Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Es un CD con un librito que plantea diversas situaciones que les afectan a ellos, sobre las que se puede debatir

Sobre las sustancias señalamos:

Askagintza (2001): *Drogas al desnudo*. Editado por Askagintza.

Para saber sobre la prevención selectiva

Burkhart, G. (2003): *La prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías Lisboa. También en la publicación *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.

Comas, D. (2006): «¿Prevención selectiva o prevención secundaria de riesgos?». En *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.

Bilbao, B., Corcuera, N., Iraurgi, I. y González de Audikana, M. (2006): *La política de prevención selectiva en la Comunidad Autónoma de Euzkadi*. En la publicación *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.

Bilbao, B. (dir.), Corcuera, N., Iraurgi, I. y González de Audikana, M. (2005): *V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca 2004-2008*. Ed. Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza, Vitoria-Gazteiz.

Becoña, E. (2002): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre drogas. Madrid.

Para saber sobre los factores de riesgo

Becoña, E. (1999): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre Drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid, pp. 71-74.

Laespada, M. T., Iraurgi, I. y Arostegi, E. (2004): *Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias y Observatorio Vasco de Drogodependencias. Deusto, Vitoria.

Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999): *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*. Ministerios de Educación y Cultura, Sanidad y Consumo y del Interior y Universidad de Santiago de Compostela. Madrid.

Programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basados en pruebas (*evidence*)

19

PEDRO MANUEL RUIZ LÁZARO

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por su cronicidad, la tendencia a las recaídas, la afectación del rendimiento psicosocial y un elevado riesgo de suicidio. Incrementan el riesgo para futuros episodios depresivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, obesidad y problemas de salud general. Siguen siendo un desafío a la hora de tratarlos y los resultados del tratamiento son limitados en un porcentaje no desdeñable de pacientes. No es de extrañar, por ello, que se hayan dedicado considerables esfuerzos en los últimos años a desarrollar programas preventivos eficaces (Shaw, Stice y Becker, 2009).

En las pasadas dos décadas se han publicado rigurosos artículos y libros llamando a prestar más atención a la prevención de la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Pese al volumen de escritos acerca de la prevención, la investigación empírica de programas e intervenciones preventivas estaba todavía en la primera generación a principios de este siglo XXI (Austin, 2000).

Nuevas investigaciones y desarrollo de programas se necesitaban claramente. Ésta era una importante área de investigación, al no haber encontrado estrategias efectivas de prevención primaria (Ruiz-Lázaro, 2000), con una necesidad urgente de examinar los factores de riesgo y protección de los TCA potencialmente modificables, para desarrollar una prevención segura y eficaz (Ruiz-Lázaro, 2005).

Comparada con el voluminoso trabajo en tabaquismo y otras drogas, la investigación sistemática en prevención de los problemas alimentarios y de imagen corporal era relativamente limitada (Levine y Smolak, 2006).

En los últimos lustros, importantes grupos de investigación en Canadá, Estados Unidos, Noruega, Suiza, Reino Unido y Australia han desarrollado programas diseñados para prevenir TCA, inicialmente con poco éxito, pero el panorama se ha modificado favorablemente en poco tiempo.

Recientes revisiones y metaanálisis de ensayos controlados de programas de prevención de TCA en forma de artículos, capítulos, libros y bases de datos encuentran que los efectos de la intervención van desde la ausencia o escaso efecto hasta reducciones en la actual y futura patología alimentaria, pasando por cambios comportamentales (Stice y Shaw, 2004; Cororve et al., 2006; Levine y Smolak, 2006).

Los datos de las últimas revisiones sistemáticas y metaanálisis demuestran relevantes avances teóricos y metodológicos en el campo de la prevención de los TCA frente a los primeros programas, que eran muy psicoeducativos y con éxito limitado.

La mitad de las intervenciones preventivas en los TCA (un 51 por 100) reducen los factores de riesgo para éstos y más de un cuarto (un 29 por 100) mejora la patología alimentaria actual o futura. Además, una pareja de programas verdade-

ramente breves han demostrado reducir el riesgo para el inicio de patología alimentaria y de obesidad (Shaw, Stice y Becker, 2009).

La tarea es diseñar programas que se aprovechen de los previos pero que incluyan componentes adicionales para producir cambios en las actitudes y conductas que se mantengan a largo plazo.

2. TIPOS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En los últimos años ha habido un cambio en la terminología empleada para referirse a los programas de prevención.

Durante muchas décadas se designaron entre la comunidad científica como:

- *Prevención primaria*: reduce o elimina factores de riesgo clave que causan o contribuyen al desarrollo del trastorno, incrementa o potencia factores de protección o de resiliencia, previene la aparición de problemas y disminuye la incidencia (aparición de casos nuevos) de una patología concreta, como los TCA.
- *Prevención secundaria*: detecta tempranamente problemas emergentes o identifica signos y síntomas de riesgo e interviene. Disminuye la prevalencia (los casos de TCA existentes en un momento dado) con un diagnóstico lo más temprano posible y un tratamiento eficaz.
- *Prevención terciaria*: reduce el impacto de los trastornos en pacientes identificados y previene la aparición de dificultades más graves, con un tratamiento efectivo. Previene la cronicidad y las complicaciones secundarias (Power et al., 2003; Stewart, 2004; Ruiz-Lázaro, 2005).

La nueva terminología sobre prevención ayuda a clarificar las distinciones entre los programas de prevención y diferencia entre:

- *Prevención universal*: que promueve la salud y previene el riesgo en toda la población.
- *Prevención selectiva*: que previene el riesgo en la población general con mayor riesgo.
- *Prevención indicada*: que reduce el riesgo o su impacto en individuos identificados con uno o más factores relacionados con el trastorno (Power et al., 2003).

Hoy en día conviven y están aceptadas las dos terminologías. Las dos conceptualizaciones tienen su utilidad. La primaria sería la universal, y la selectiva y la secundaria, la indicada (Levine y Smolak, 2006).

Y se habla asimismo de prevención cuaternaria: de la iatrogenia, del daño innecesario como consecuencia de la actividad sanitaria, que evita o atenúa las consecuencias de la actividad excesiva o innecesaria del sistema sanitario (Gérvás, 2006).

La integración entre los diferentes niveles de prevención es esencial. La mayor atención en la investigación se dirigía al tratamiento y la prevención terciaria, pero ahora hay un interés creciente por la prevención primaria y secundaria (Stewart, 2004).

2.1. Prevención primaria

La prevención primaria es la ideal. En general, pero no necesariamente, una intervención capaz de prevenir el inicio de un trastorno requiere el conocimiento del proceso involucrado en su desarrollo. Este conocimiento falta, es incompleto con respecto a los TCA (Ruiz-Lázaro, 2002; Fairburn, 1995), pero es suficiente para poder desarrollar programas preventivos eficaces.

La prevención primaria de los TCA con una perspectiva de promoción de la salud es paradójica, porque es mejor no tener los TCA como foco (Borresen y Rosenvinge, 2003).

La promoción de la salud se lleva a cabo sobre los factores de riesgo específicos e inespecíficos vinculados a las alteraciones de la imagen corpo-

ral, alimentarias y del peso y sobre los factores de protección, con un trabajo individual y colectivo y con medidas sobre los diferentes niveles de la sociedad: individual, familiar y sociocultural (Calado, 2011).

La prevención de los TCA debe orientarse a aspectos genéricos que permitan la promoción de la salud en general o la creación de actitudes positivas hacia ella, incorporando aspectos básicos tales como el fortalecimiento de la autoestima, la formación básica en nutrición o la lucha contra la presión mediática hacia un cuerpo femenino excesivamente delgado (Raich et al., 2007).

Se debe educar en valores (López y Sallés, 2005) y promover conocimientos, actitudes y conductas saludables, según nuestro modelo (figura 19.1).

Las intervenciones de prevención primaria específicas para los TCA más frecuentes se incluyen en los siguientes cinco tipos:

- Psicoeducacionales.
- De educación en el criticismo hacia los medios de comunicación (*media literacy*).

- De movilización y activismo social y político (*advocacy*).
- Técnicas de inducción y disonancia cognitiva.
- Intervenciones focalizadas en eliminar o anular los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer a su huésped, a la persona afectada por el trastorno (Rodríguez et al., 2009; GPC, 2009).

Las medidas de prevención primaria se llevan a cabo mediante dos estrategias, a menudo complementarias: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo o selectiva.

- La estrategia poblacional: es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir su riesgo promedio.
- La estrategia de alto riesgo: es de tipo individual y se dirige a aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo. En

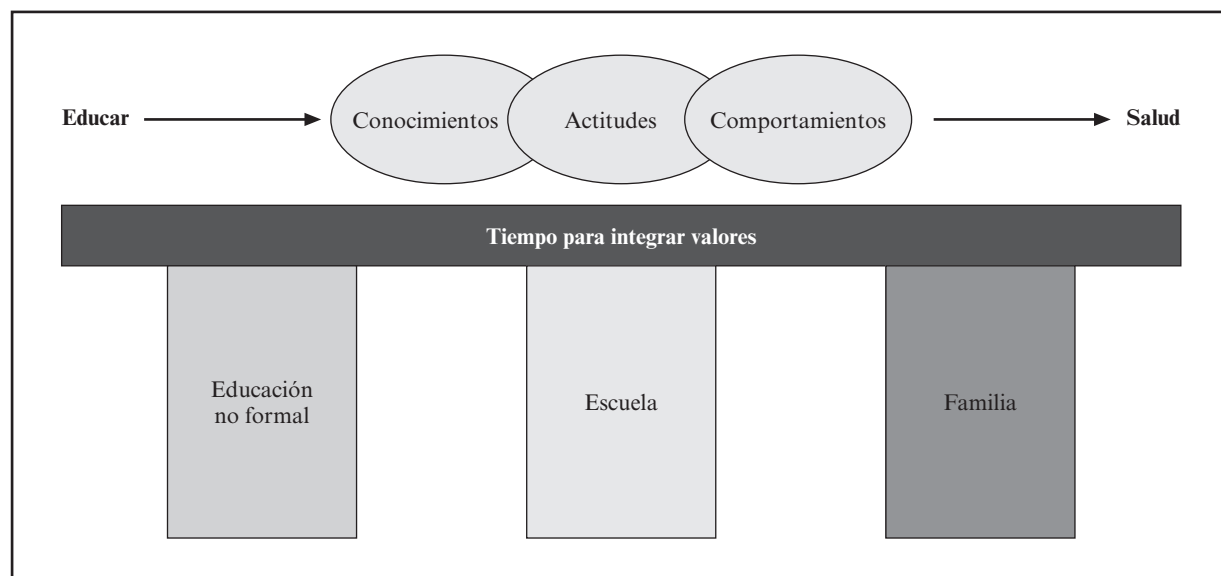


Figura 19.1. Modelo de promoción de la salud (Ruiz-Lázaro y Ruiz-Lázaro, 1998).

el caso de los TCA, los grupos de riesgo lo son ya sea por su edad (adolescencia), sexo (mujer) o participación en actividades de riesgo, por ocio o de modo profesional (gimnastas, atletas, modelos, bailarinas/es, patinadoras/es, deportistas de élite) (Rodríguez et al., 2009; GPC, 2009).

2.2. Prevención secundaria

La finalidad de este tipo de prevención se centra en reducir la prevalencia de los TCA, esto es, acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento. Para lograr esto se ha invertido gran cantidad de recursos para conseguir:

- La formación adecuada de diferentes colectivos de profesionales que están en contacto con la población de riesgo, de manera que puedan actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, monitores, entrenadores, psicólogos escolares, farmacéuticos, etc.).
- La formación de médicos de atención primaria de manera que puedan diagnosticar lo más tempranamente la presencia o el inicio de un TCA y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas.
- El desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios para proporcionar un tratamiento adecuado a los casos que han sido identificados (Jorquera, 2008).

La prevención secundaria se basa en el pensamiento ampliamente extendido de que una temprana identificación y tratamiento de los TCA mejora el pronóstico. Aunque no hay muchas pruebas consistentes que apoyen esta idea (Stewart, 2004), parece de sentido común que es mejor detectar antes que tarde.

Los estudios de prevalencia muestran invariablemente que hay más casos de TCA en las poblaciones escolares que los revelados por las investigaciones clínicas. Los casos no especificados o atípicos

(TCANE) parecen ser los más frecuentes. Por ello, sería aconsejable desarrollar dispositivos de vigilancia de la población con riesgo y de los casos de prevención secundaria en la comunidad. Dada la prevalencia observada, es necesario potenciar los servicios tanto de prevención primaria como secundaria (Imaz et al., 2008; Ruiz-Lázaro, 2012).

Los programas educativos y de cribado pueden ser una prometedora estrategia para la prevención secundaria de los TCA, pero hay que ser especialmente vigilante con la no adherencia a las recomendaciones de tratamiento y ser proactivos en facilitarlo (Becker et al., 2004).

La formación de los médicos de atención primaria y de los profesores y orientadores es crucial, pues pueden desempeñar un importante papel en la promoción de la salud y la detección de casos.

3. HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DE LOS TCA

3.1. Los años ochenta y la psicoeducación

Desde la década de los ochenta diferentes aproximaciones preventivas se han desarrollado.

La psicoeducación ha sido un foco clave, particularmente en los primeros programas. Históricamente los programas de prevención de TCA se han centrado principalmente en dar información acerca de sus efectos adversos con la esperanza de reducir sus tasas. Se pensaba que incrementar el conocimiento sobre los TCA entre la gente joven llevaría a los afectados a buscar ayuda y disuadiría a otros de desarrollarlos.

Como un factor de riesgo mayor en los denominados países desarrollados es la presión sociocultural para hacer dieta, uno de los focos es enseñar a los jóvenes a ser conscientes de los mensajes no saludables de los medios de comunicación y a desafiarlos.

Otro factor clave es la baja autoestima, así que hay numerosos programas centrados en promover una autoestima positiva.

Más de treinta programas preventivos han sido evaluados hasta la fecha. Los más tempranos im-

plicaban psicoeducación y en algunos casos entrenamiento en el análisis de medios de comunicación. Se detectaban cambios en los conocimientos pero no en las actitudes y conductas.

No es sorprendente que los programas psicoeducativos tuvieran un éxito más que limitado en prevenir los TCA y la obesidad, ya que este tipo de intervenciones no han dado resultado en otros problemas, como el abuso de drogas, la depresión o las prácticas sexuales de riesgo (Stewart, 2004; Stice y Presnell, 2007).

Respecto al contenido de la prevención, parece claro que no se previenen los TCA cuando se habla acerca de ellos. La información pura es altamente insuficiente en términos de prevención (Vandereycken y Noordenbos, 1998).

3.2. Los años noventa y los métodos interactivos

Desde los noventa hay un creciente interés por desarrollar programas más innovadores. Los más exitosos tienden a emplear métodos interactivos y de construcción de la autoestima (Stewart, 2004).

En España fueron pioneros en los noventa en prevención primaria indicada Morandé y su equipo, en 1995, con chicos y chicas de 15 y 16 años seleccionados (por su ideación anoréxica alta, su rendimiento escolar elevado, un IMC sospechoso y una red social escasa) para realizar seis sesiones de dos horas de habilidades sociales, relajación, autoestima, información nutricional, proceso de información e información sobre AN y BN.

Y en prevención primaria selectiva destacó Pere Líndez Borrás en 1996 por su trabajo con alumnos de 1.º de BUP en institutos de Reus desde el programa de educación de la salud con el taller «Cómo comemos, cómo nos vemos», que incluía sesiones de autoestima, psicología aplicada, expresión y conocimiento corporal y alimentación.

Y nosotros, también en 1996, con más de cien alumnas de 1.º, 2.º y 3.º de BUP de un colegio privado concertado de Zaragoza con un taller interactivo de alimentación, imagen corporal y crí-

tica de la publicidad e imágenes de los medios de comunicación (Morandé, 1995; Líndez, 1996; Ruiz et al., 1996; Ruiz, 2000).

Las revisiones sistemáticas de los ensayos controlados aleatorizados de programas de prevención de TCA han mostrado en el pasado en conjunto resultados decepcionantes (Pratt y Wolfenden, 2002).

Aunque es verdad que los efectos de las intervenciones tienen resultados mixtos, pues ofrecen un amplio rango que va desde ningún cambio hasta la disminución de los trastornos alimentarios actuales y futuros, con mayor efecto en los conocimientos (es relativamente fácil incrementar el conocimiento) y pequeños efectos netos en reducir actitudes y conductas alimentarias alteradas (difícil a corto plazo y mucho más difícil si se trata de mantener los cambios a largo plazo).

3.3. El siglo XXI

Con los últimos metanálisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos del siglo XXI ya se puede identificar programas prometedores y delinear muestras, formatos y diseños que se han asociado con un mayor efecto y deben considerarse para futuros programas (GPC, 2009), aunque hay que tener en cuenta las limitaciones metodológicas que presentan estos trabajos de revisión (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

A tenor de los estudios que se dirigen a participantes con un riesgo relativo mayor para desarrollar un TCA, los programas selectivos (frente a los universales) producen mayores beneficios. Lo mismo podemos decir de los interactivos (frente a los didácticos), los multisesión, los dirigidos a mujeres (mejor que a grupos mixtos) y a mayores de 15 años (mejor que a gente más joven), sin contenido psicoeducativo y para ensayos llevados a cabo por profesionales de la intervención entrenados (mejor que los conducidos por proveedores endógenos, como los maestros o educadores) (Stice y Shaw, 2004; Stewart, 2004; Cororve et al., 2006; Levine y Smolak, 2006; Stice, Shaw y Marti, 2007; Shaw, Stice y Becker, 2009).

No obstante, hay un estudio con resultados esperanzadores aplicado durante seis semanas a mujeres estudiantes por profesores entrenados en el programa de prevención de TCA durante cinco semanas (Favaro et al., 2005).

Es preferible que incluyan como contenidos la aceptación corporal o la inducción de disonancia cognitiva (mejor que las intervenciones psicoeducativas o socioculturales) (Pratt y Wolfenden, 2002; Stice y Shaw, 2004; Stewart, 2004; Cororve et al., 2006; Levine y Smolak, 2006; Stice, Shaw y Marti, 2007; Shaw, Stice y Becker, 2009).

Parece que una de las mejores formas de prevenir los TCA, por lo menos en las chicas, que son las más afectadas, es la de desarrollar un sentido crítico hacia la presión a la esbeltez propuesta por la moda e intentar que renuncien a las dietas de adelgazamiento. Una de las tácticas preventivas mejores es la «alfabetización de medios», en la que se promueve la crítica a la publicidad (Raich, 2011).

Conviene que sean evaluados con medidas validadas y, por tanto, sean más sensibles en la determinación del efecto de las intervenciones (sólo se deberían usar este tipo de medidas) y que contemplen períodos de seguimiento más cortos (Pratt y Wolfenden, 2002; Stice y Shaw, 2004; Stewart, 2004; Cororve et al., 2006; Levine y Smolak, 2006; Stice, Shaw y Marti, 2007; Shaw, Stice y Becker, 2009).

Los datos no respaldan el pesimismo acerca de la prevención universal-selectiva, pero sí indican que hay que mejorar los programas: su contenido, la necesidad de una perspectiva social más crítica y prestar más atención a lo ecológico o ambiental que simplemente al refinamiento del currículum (Levine y Smolak, 2006).

La preocupación acerca de los efectos iatrogénicos de incluir materiales psicoeducativos sobre los TCA ha sido y es objeto de controversia, y los últimos datos de los metanálisis no parecen apoyarla (Stice y Hoffman, 2004; Stice y Shaw, 2004; Cororve et al., 2006). Se trata, en cualquier caso, de no dar sólo información sin modificar actitudes, sino de emplear técnicas de implicación para evitar cualquier riesgo de iatrogenia (Ruiz, 2000).

Los investigadores sugieren emplear enfoques más globales, comprensivos y ecológicos en el ambiente social con la implicación de los estudiantes, los profesores y los padres, en colaboración con otros programas preventivos de suicidio, drogas y alcohol (Stewart, 2004).

3.4. Propuestas de futuro

Se pueden plantear algunas líneas de actuación para el futuro teniendo en cuenta las limitaciones de los programas actuales:

- Homogeneidad de metodologías en la prevención.
- Validez externa de programas efectivos a través de la evaluación de resultados en contextos más naturales.
- Investigación longitudinal sobre factores protectores y de riesgo.
- Futuros programas de prevención dirigidos al amplio espectro de las alteraciones de la imagen corporal y alimentarias, incluida la obesidad.
- Diseño de intervenciones ecológicas y participativas que promuevan cambios en el individuo y el ambiente.
(López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Calado, 2010).

Las nuevas tecnologías, como los ordenadores e Internet, se han incorporado a los programas (por ejemplo, DITCA C.V. o *protegeles.com*) (Rojo et al., 2003). Hay un interés cada vez más grande en el uso de la red para la promoción de la salud (Stewart, 2004). Y crecerá en el futuro el empleo de programas basados en la web, donde ya hay intervenciones exitosas (como *Student Bodies*) en reducir actitudes y conductas relacionadas con los TCA (Manwaring et al., 2008; Ruiz-Lázaro, 2011).

Un área de investigación a tener en cuenta es la prevención en poblaciones especiales y grupos de alto riesgo como los deportistas: atletas de élite y gimnastas rítmicas, los bailarines (especialmente de ballet) y los diabéticos.

4. PROGRAMAS INTERNACIONALES Y NACIONALES

4.1. Programas internacionales

Algunos de los más recientemente exitosos y prometedores programas de prevención de TCA internacionales se enumeran a continuación (Shaw, Stice y Becker, 2009):

- *The Sorority Body Image Program*: un sugestivo programa basado en pares conductores que resulta efectivo en reducir factores de riesgo de TCA mediante disonancia cognitiva y crítica de los medios.

La prevención basada en la disonancia cognitiva se centra en la internalización de los estándares femeninos de belleza (como el ideal basado en la delgadez), lo cual, está empíricamente demostrado, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA. Intenta crear un estado psicológico de incomodidad estimulando a los participantes a actuar y a hablar en contra del ideal esbelto de belleza, que se resuelve conforme el individuo consigue minimizar la internalización de ese ideal delgado.

Por otra parte, la intervención basada en la crítica de los medios de comunicación es bastante similar a la anterior, pero se sustituyen los ejercicios de disonancia (*role-playing*, descripciones) por el visionado de vídeos que exploran el papel de los medios de comunicación en la perpetuación del ideal de belleza basado en la delgadez (Becker, Smith y Ciao, 2005; Becker, Ciao y Smith, 2008; Becker et al., 2008).

- *El programa «Body Project»*: es un programa breve (con versiones de tres y cuatro sesiones) y muy interactivo, basado en los principios de la disonancia cognitiva y la aceptación corporal y que ha demostrado en ensayos controlados que reduce el riesgo para desarrollar síntomas de TCA y obesidad en el futuro. Los programas de prevención de TCA en adolescentes con insatisfac-

ción corporal basados en la disonancia cognitiva o el control saludable del peso parecen tener una potencial utilidad en la salud pública, en los síntomas bulímicos (Stice et al., 2006; Stice y Presnell, 2007; Stice et al., 2008).

- *Healty Weight Intervention*: inicialmente incluido como grupo control en un estudio para probar la eficacia de un programa de disonancia, se ha constatado que tiene también efectos profilácticos y puede reducir el inicio futuro de TCA y obesidad y mejorar el funcionamiento psicosocial a un año de seguimiento. Enseña a los participantes a alcanzar y mantener un peso saludable con pequeños y graduales cambios en la dieta y el ejercicio físico, con técnicas motivacionales (Stice et al., 2006).
- *Girl Talk*: un programa interactivo con seis sesiones de intervención que consiste en un grupo de apoyo por los pares que se centra en la promoción del uso crítico de los medios de comunicación, la aceptación corporal, el peso saludable, el control de la conducta y habilidades de manejo del estrés (McVey y Davis, 2002).
- *Student Bodies*: es un programa *on-line* de ocho semanas administrado por ordenador, basado en intervenciones cognitivo-conductuales en la insatisfacción corporal y que arroja muy buenos resultados a la hora de reducir factores de riesgo, actitudes y conductas relacionadas con los TCA (Manwaring et al., 2008).
- *PriMa*: un programa escolar alemán para la promoción de la salud y la prevención primaria de la anorexia nerviosa impartido en 92 escuelas de Turingia con 1.553 chicas preadolescentes en 2007 y 2008, probado en el «mundo real». Tras ajustar por la edad de las chicas y el tipo de colegio, se observa que incrementa los factores de protección relacionados con la AN, aumenta significativamente el conocimiento y mejora la autoestima, pero no la conducta alimentaria (Berger et al., 2008; Wick et al., 2011).

- *Planet Health*: una intervención preventiva desarrollada en la escuela con contenidos de nutrición y ejercicio físico diseñada para prevenir la obesidad que ha demostrado baja incidencia de las conductas alteradas de control del peso (purgativas, empleo de laxantes, píldoras) en chicas adolescentes tempranas y que previene de forma coste-efectiva el desarrollo de la bulimia nerviosa (Austin et al., 2007; Paxton, 2012).

4.2. Programas nacionales

En el ámbito de la prevención primaria de los TCA, actualmente se están realizando en España varios programas dirigidos a adolescentes, padres y personal docente. Parece claro que estos programas son muy útiles en cuanto a la detección de casos no diagnosticados. Falta por conocer si son realmente eficaces en cuanto a la prevención primaria, es decir, a la reducción de la aparición de casos nuevos (Pérez, 2004).

- El Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (DITCA C.V.) en la Comunidad de Valencia para la detección temprana y la prevención de TCA en alumnos valencianos de 13 a 15 años con doble criba con el ChEAT y un programa diagnóstico en la red seguido por una entrevista con un experto clínico. Participan 486 colegios y 42.875 alumnos (53,6 por 100 de la población escolar): 20.670 chicas (48,2 por 100) y 21.329 chicos (51,2 por 100). El programa preventivo con métodos audiovisuales se imparte en las escuelas por los profesores en tutoría y educación física y los orientadores con apoyo continuo por Internet, y sigue un modelo participativo con un material semiestructurado que no sólo transmite información, sino que promueve la reflexión y participación, facilita el cambio de actitudes, trabaja en factores protectores, como autoestima, hábitos sa-

ludables, satisfacción corporal, pensamiento crítico frente a la presión ambiental y mitos sobre las dietas y el cuerpo, e incluye un modelo de referencia para consultar (Rojo et al., 2003; Rojo et al., 2003).

- El Programa de Prevención y Detección Precoz de TCA (anorexia/bulimia) en Getafe de Petit, De la Corte y Astray se aplica desde el curso 1997-1998 a miles de adolescentes de los institutos del municipio de 1.º de ESO (Ruiz-Lázaro, 2002a).
- El programa breve (una única sesión de 75 minutos con trabajo grupal), también en la Comunidad de Valencia, «Tal como eres», de Villena y Castillo, se imparte a 3.023 mujeres adolescentes escolarizadas en 1.º y 3.º de ESO. Consta cambios en hábitos insanos, como el consumo de bollería industrial, pipas y otras chucherías. Incluye una modificación en las puntuaciones del EAT-40, con cambios significativos al mes y tres meses de seguimiento, pero sin emplear grupo control, lo que resta rigor metodológico a sus resultados (Villena, 2001; Ruiz-Lázaro, 2002a). También se ha llevado a cabo en Castilla-La Mancha con Villena y Castillo y la coordinación de Calvo desde el curso escolar 2000-2001 hasta el 2004-2005, ya con chicos y chicas alumnos de 2.º de ESO de 13 y 14 años. Desde las primeras intervenciones hasta 2005 habían trabajado con más de 6.000 chicas de edades comprendidas entre los 12 y 15 años en 175 centros escolares.
- Destacan también el GUATA de Turón, el PICTA de Maganto, Ruiz y Del Río; los talleres de Espido Freire en institutos y los programas del Proyecto Europeo SALUT «Educando en salud: así soy yo, así son ell@s» (Solano-Pinto et al., 2004).
- El Taller en la Comunidad Valenciana de Mercedes Jorquera concentró a 4.268 participantes reclutados de la población general, de los cuales 2.118 formaron parte del grupo experimental, 1.094 mujeres y 1.024 varones, mientras que los 2.150 restantes constituyeron el grupo lista de espera. Incluso cuando

el programa incluía una única sesión, dirigida a fomentar el espíritu crítico hacia los medios de comunicación y la publicidad, se constataron efectos positivos en la población adolescente, con disminución significativa de sus puntuaciones en los cuestionarios utilizados. Tras estos primeros resultados, realizan un taller más participativo con contenidos más concretos a lo largo de dos sesiones dirigido más específicamente a la población «diana» más vulnerable: chicas con puntuaciones elevadas en los cuestionarios (Jorquera, 2008).

- El programa «Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria» (Raich, Sánchez, López et al., 2007; Raich, Sánchez y López, 2008) va dirigido a prevenir o reducir los comportamientos no saludables relacionados con la alimentación y el control del peso y a mejorar la autoestima de los adolescentes estudiantes de enseñanza secundaria.
- Otros muchos programas se han consagrado al ámbito de la promoción de la salud y la prevención de los TCA, como el proyecto Plenufar I y II de educación nutricional del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (Gimeno, 2011), «Tú eres más que una imagen», de Protégelos, los de AEETCA, APTAB, Mujeres Jóvenes y diferentes asociaciones de familiares: FEACAB, ARBADA, ADANER, ADEFAB, ACAB (prevenir la anorexia y la bulimia: un reto para todos, www.acab.org/cat/prevencio/prevencio.htm), el Proyecto Deméter, los trabajos de la Fundación Imagen y Autoestima (IMA), desde el año 2006 en Cataluña... (Ruiz-Lázaro, 2002a; Ruiz-Lázaro, 2003b; Calado, 2011).

5. PROGRAMA ZARIMA

5.1. Justificación del proyecto ZARIMA

Tras un estudio epidemiológico de TCA en una muestra amplia, estratificada y representati-

va de 4.047 adolescentes españoles de 12-18 años con métodos estandarizados (en dos estadios) (Ruiz et al., 1998; Ruiz-Lázaro, 1998; Ruiz-Lázaro, 2000; Ruiz-Lázaro, 2002a y b; Ruiz-Lázaro, 2003a; Ruiz-Lázaro et al., 2005), se puso en marcha un estudio prospectivo para examinar el efecto de un programa escolar controlado para la prevención de TCA.

El grupo ZARIMA Prevención, equipo multidisciplinar que trabaja en la investigación de los TCA, ha desarrollado un programa manualizado de acción comunitaria que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria. Ha sido incluido en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, MHE financiado por la Comisión Europea (Mental Health Europe, 2001) y recomendado para su empleo con poblaciones de habla hispana en Estados Unidos (Levine y Smolak, 2006). Se ha gestado en colaboración con la asociación de familiares de TCA (ARBADA) y el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (CJA), y fue declarado de interés sanitario y financiado por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón (Ruiz-Lázaro y Comet, 2003; Ruiz-Lázaro, 2005).

La escuela es un lugar importante para la labor preventiva. La meta del proyecto es lograr la prevención primaria y secundaria de los TCA en adolescentes en la escuela y las asociaciones juveniles, ONG, instituciones de ocio y tiempo libre y, en el ámbito de la educación no formal (Ruiz y Comet, 2003).

Investigaciones anteriores se han centrado en lo didáctico unidireccional olvidando lo experiencial y participativo, no han contado con los padres y no han diseñado ni evaluado de forma adecuada las intervenciones.

Los padres, junto con profesores, entrenadores y otros miembros de la escuela desempeñan un papel importante en el ambiente social de los jóvenes y deben incorporarse a las intervenciones (Austin, 2000).

Los programas multimodales que incluyen el entrenamiento de los adolescentes en habilidades y el entrenamiento parental son más efectivos que cualquiera de ellos en solitario.

Nuestro enfoque comprensivo implica a padres, profesores y adolescentes. Los programas preventivos escolares deben incluir a padres y profesores. Nuestra intervención también se dirige a padres y profesores en un intento de modificar al mismo tiempo el medio escolar y el hogar (Stewart, 2004).

Hasta la fecha, pocos, si alguno, de los programas preventivos centrados en actitudes y conductas alimentarias han incluido a los padres junto con sus hijos. Verdaderamente pocos programas de prevención de TCA incluyen componentes para padres. La ausencia de programas dirigidos a los TCA que incluyan a los padres es sorprendente (Graber et al., 1999).

Además, el programa se diseña para su uso con todos los estudiantes, chicos y chicas. La intervención se conduce en un medio coeducativo sin un currículum separado para estudiantes masculinos o femeninos. Los participantes son estudiantes de ambos sexos, no sólo chicas o chicas con riesgo. Para la mayoría de adolescentes el medio escolar es mixto y puede tener la ventaja de animar a la comunicación entre sexos acerca de las cuestiones tratadas en el programa y de mejorar las habilidades de relación entre chicos y chicas. Además, los varones son también vulnerables a la publicidad y los medios y pueden contribuir con sus actitudes a la aparición de nuevos TCA entre sus compañeras.

La mayoría de los programas de prevención son currículos con intervenciones en pequeño grupo para estudiantes. Se centran en cambiar los conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y conductas de los individuos escolarizados (Levine y Smolak, 2006).

Los mayores efectos positivos ocurren con programas selectivos, interactivos y multisesión (Stice y Shaw, 2004) como el nuestro. Los estudios de prevención avalan la importancia de las intervenciones multicomponente aplicadas en población adolescente (Gómez et al., 2009).

Este estudio se hace en el medio escolar por varias razones:

- Primero, nuestra primera meta es evaluar si una intervención preventiva puede ser

efectiva en un medio comunitario (en el «mundo real»).

- El medio escolar se eligió también por el fácil acceso a jóvenes estudiantes con riesgo por su edad. Los adolescentes pasan un cuarto de su tiempo en el colegio. La escuela es particularmente importante para ellos. La mayoría asiste al colegio. Las escuelas son a menudo las instituciones educativas y sociales más accesibles para la intervención (Seif El-Din, 2004). Así, la viabilidad es el principal argumento para ponderar el papel de la escuela en el trabajo preventivo (Vandereycken y Noordenbos, 1998). El ámbito escolar podría ser el idóneo para establecer un programa de prevención de TCA en la medida en que los mensajes llegarían prácticamente a toda la población con riesgo y además se podría diseñar un listado de objetivos, evaluable después en cuanto a su grado de cumplimiento (San Sebastián, 2006). Puede considerarse un entorno ideal para realizar estos programas preventivos (Gómez et al., 2009).
- Es particularmente importante que las escuelas ofrezcan un ambiente «amistoso» con la imagen corporal. Se debe proporcionar apoyo a las escuelas para asegurar que se llevan a cabo políticas que faciliten la aceptación de la diversidad, un apropiado entrenamiento a los profesores, el desarrollo de un currículum de prevención apropiado e información a los padres (Paxton, 2012).

Una de las áreas más importantes de la evaluación del programa es valorar el grado en que se alcanzan los objetivos deseados, las metas propuestas. Desafortunadamente, la eficacia de muchos programas preventivos no se ha examinado empíricamente.

Es preferible el uso de entrevistas clínicas que aseguren que sólo se registran TCA clínicamente significativos. Esto también ayuda a minimizar los falsos positivos, el problema de los cuestionarios autocumplimentados (Stice y Shaw, 2004).

El diseño experimental óptimo para controlar las amenazas a la validez interna es el estudio aleatorizado prepost con grupo control (Power et al., 2003).

El sesgo de selección puede ser la amenaza más importante a la validez interna en la investigación de las intervenciones, pero es a menudo insuficientemente reconocido y controlado. El sesgo de selección en la intervención se controla de la forma más adecuada mediante estudios aleatorizados o diseños cuasi experimentales (Larzelere et al., 2004). Esta opción de diseño es la usada en nuestro estudio.

El ensayo aleatorizado es la mejor herramienta metodológica para la evaluación de la eficacia de una intervención preventiva. La presencia de un control que sirva de referencia es un elemento esencial.

El enmascaramiento o carácter ciego para prevenir el sesgo del observador evaluador es tan importante como la aleatorización.

Si todos los procedimientos evaluadores tiene sus debilidades, es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones. Esto se acepta en general, y, por tanto, es importante: emplear varios métodos en lugar de uno, emplear a evaluadores o entrevistadores entrenados, un formato estructurado (por ejemplo, SCAN) y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente y fáciles de contestar (por ejemplo, EAT-26) (Vandereycken y Noordenbos, 1998).

Los datos de la evaluación cualitativa pueden ser generados en grupos de discusión de los participantes conducidos por facilitadores. Esta retroalimentación es importante para ambos: facilitadores del equipo investigador y participantes. Los facilitadores necesitan la perspectiva de los adolescentes acerca del programa para continuar adaptando futuras intervenciones que contemplen las necesidades y preferencias de los adolescentes. Aprendimos que los adolescentes valoran esta naturaleza participativa del currículum que les da una oportunidad para la discusión abierta y el pensamiento crítico.

5.2. Hipótesis y objetivos

Se espera que entre los adolescentes de 1.º de ESO de las ciudades estudiadas la tasa de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F50,0, F50,1, F50,2, F50,3 y F50,8) esté, en el caso de las mujeres, en un intervalo entre un 1 y un 5 por 100, con predominio de los TCA no especificados o atípicos (F50,1, F50,3, F50,8).

Se espera hallar un porcentaje de población con riesgo de TCA (con puntuación en el cuestionario autocumplimentado de criba EAT-26 superior o igual al punto de corte de 20) de entre el 4 y el 12 por 100.

Se espera que la tasa de incidencia (casos nuevos) de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F50,0, F50,1, F50,2, F50,3 y F50,8) es menor de forma significativa en el grupo de intervención (al que se aplica el programa preventivo ZARIMA) que en el grupo control a los doce meses de seguimiento (en 2.º ESO) y a los 36 meses (4.º ESO).

Se espera constatar que se mantiene la diferencia significativa entre el riesgo de TCA en los grupos control y grupo intervención a los 12 meses y 36 meses de seguimiento (en 2.º de ESO y 4.º de ESO).

Objetivo general: realizar prevención primaria selectiva y prevención secundaria de TCA en adolescentes (enseñanza secundaria) con una intervención en medio escolar con un programa manualizado.

Objetivos específicos:

- Que la población con riesgo de TCA sea significativamente menor en el grupo de intervención al año de seguimiento y a los tres años (2.º y 4.º de ESO).
- Que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (CIE-10, DSM IV-TR) sea significativamente menor en el grupo intervención al año y tres años de seguimiento y no en el grupo control.

5.3. Método

Se establece un diseño experimental con grupo control (ensayo controlado aleatorizado multicéntrico) con medidas psicológicas estandarizadas en grupo de intervención y grupo control, pre y postintervención, con seguimiento de la cohorte a uno y tres años, en escuelas/institutos de la ciudad de Zaragoza (España) y con alumnos de enseñanza secundaria.

Se inicia en 1.º de ESO (grado equivalente en el sistema escolar estadounidense: *seventh-grade*, 12-13 años). Con seguimiento en 2.º de ESO (grado equivalente: *eighth-grade*, 13-14 años) y 4.º de ESO (grado equivalente: *tenth-grade*, 15-16 años). Los participantes completan encuestas de inicio y final y a los 12 y 36 meses de seguimiento.

Muestra. La muestra original aleatoria consiste en cinco colegios públicos y cinco privados concertados de la ciudad de Zaragoza (capital de Aragón, con unos 700.000 habitantes) con al menos dos aulas de 1.º ESO en cada escuela. Asignamos aleatoriamente cada aula al grupo de intervención o control. Un aula por centro se asigna por azar para implementar un programa para reducir riesgo e incidencia de TCA. Otra aula por centro se asigna sólo para una evaluación control. Los equipos directivos y profesores aceptan participar previamente a la aleatorización.

Programa. En todos los centros de las diferentes ciudades se aplica el mismo programa por investigadores estandarizados. La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración. Se integra en el horario escolar habitual, con actividades en pequeño grupo, coeducativas, técnicas de implicación en alimentación, en imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir la presión social y la influencia sociocultural, interpretar y rechazar los mensajes de los medios de comunicación, autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo.

Se aplican diferentes enfoques técnicos y metodológicos, como *role-playing*, juegos, discusión

en pequeño grupo, debates, vídeos, diapositivas, dibujo, representaciones. Las intervenciones se diseñan para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual.

Los asuntos discutidos en las sesiones son de naturaleza emocional, sensible. En todos los casos dos o tres miembros del equipo están disponibles para responder a las preguntas.

Se trabaja con adolescentes, padres y profesores. Se combina la evaluación por profesores, el entrenamiento de padres y el entrenamiento en habilidades de los estudiantes.

Está planeado que el profesor habitual permanezca en la clase durante la sesión, para contribuir a una marcha tranquila de la sesión y, en particular, facilitar la discusión en pequeño grupo. Además, es testigo (evaluador independiente) en cada clase y cumplimenta una evaluación.

Nuestro programa para padres consta de una sesión de dos horas con trabajo en pequeños grupos que incluye dos casos ejemplo de situaciones cotidianas, seguido por discusión de 45 minutos y un folleto específico para ellos. Se anima a la discusión abierta ayudada por facilitadores. Se basa en modelos teóricos de sistemas familiares y aprendizaje social. Proporciona estrategias claras y oportunidades para que los padres compartan sus experiencias. Intentamos entrenar a padres en métodos de crianza para adolescentes efectivos, animar a una comunicación franca de peticiones y soluciones entre miembros de la familia y minimizar conflictos.

Un año después se da una sesión de refuerzo en nutrición e imagen corporal con actividades en pequeño grupo, técnicas activas, actividades interactivas (pirámide alimentos, silueta), vídeo DVD de seis minutos «Comer bien, verse mejor» seguido por discusión de 30 minutos, acerca de sentimientos y reflexiones sugeridas por el vídeo, y un folleto para los alumnos. Y otra sesión para padres (información sobre TCA, vídeo y discusión de 30 minutos). Los folletos tienen una versión cántabra, canaria y vasca (bilingüe).

Existe un extenso manual, una guía teórica/práctica (material educativo del programa) que se

publica y distribuye gratuitamente: la *Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA*, con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres (Ruiz-Lázaro, 2012) (figura 19.2).

Evaluación estándar: se emplean medidas psicológicas estandarizadas en los grupos intervención y control, pre y postintervención.

Se usa un procedimiento en doble fase para identificar casos prevalentes de TCA y nuevos casos incidentes de TCA con criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IVTR. Se hace una criba con cuestionarios validados (Eating Attitudes Test, EAT-26) (Castro et al., 1991) y entrevistas semiestructuradas (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) (Vázquez-Barquero et al., 1994) en intervención y control al inicio y tras 12 y 36 meses. Se emplea un diseño de corte en dos estadios, con cribado y entrevistas de sujetos positivos y negativos. En la primera fase se emplean cuestionarios autoadministrados para detectar población con riesgo de TCA. Investigadores administran la versión española del

Eating Attitudes Test (EAT-26). Los alumnos responden anónimamente en clase. Los investigadores que supervisan no interfieren en las respuestas, pero se aseguran de que cada alumno responda independientemente y sin ser molestados por sus pares. En la segunda fase se efectúa una evaluación con entrevista semiestructurada a quienes se considera en riesgo en la primera fase y una muestra aleatoria de los negativos por un psiquiatra o psicólogo clínico investigador que administra el SCAN ciego para la condición del alumno evaluado al inicio. Los participantes son evaluados tras 12 meses de seguimiento con similar procedimiento.

El análisis cuantitativo de los datos se complementa con otro cualitativo, con comentarios verbales y escritos de profesores y estudiantes. En la última sesión de cada programa se invita a los adolescentes al debate y evaluación con preguntas: qué les ha gustado y no, qué piensan de las actividades y qué sugerencias plantean para mejorar la intervención. Los datos de la evaluación son generados en grupos de discusión conducidos por facilitadores.



Figura 19.2. Guía de prevención y folletos para padres y adolescentes.

El vídeo DVD «Comer bien, verse mejor» se realiza especialmente para el programa tras la sugerencia de los adolescentes en la sesión de evaluación.

Variables. Para cada participante se registra edad, género, curso y escuela. Los TCA se miden con una estrategia en doble fase: en la primera se usa un cuestionario para detectar población en riesgo (EAT-26), y en la segunda, una entrevista (SCAN) para diagnosticar TCA. Un cuestionario autocumplimentado se administra antes y después de la intervención. Los sujetos son cribados con el EAT-26 en su versión validada al español (Castro et al., 1991).

Los cuestionarios se administran la semana previa al inicio del programa de intervención y se repiten la quinta semana. Aunque las medidas autoadministradas son un método de criba práctico y eficiente, se complementan con una entrevista diagnóstica para obtener tasas de prevalencia acertadas.

Los adolescentes que puntúan 20 o más (punto corte) en el EAT-26 y una muestra aleatoria de los negativos se seleccionan para entrevista semi-estructurada con un psiquiatra o psicólogo clínico entrenado, en este caso el SCAN en una versión adaptada a la cultura española (Vázquez-Barquero et al., 1994). Un equipo de cuatro clínicos, «ciego» con enmascaramiento para las puntuaciones de los estudiantes, conduce las entrevistas. Éstas tienen lugar en el propio colegio y duran 30 minutos. Los entrevistadores son psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos con gran experiencia en psiquiatría adolescente y TCA, estandarizados previamente. Los entrevistadores registran la respuesta de los estudiantes a cada pregunta de acuerdo con un formato precodificado para su entrada informática y un espacio adicional para anotaciones clínicas. Tras cada entrevista, el entrevistador prepara un informe basado en las respuestas codificadas y sus notas clínicas y asigna un diagnóstico. Los TCA son identificados y clasificados de acuerdo con criterios de la International Classification of Diseases, 10.^a revisión (CIE-10) y Diagnostic and Sta-

tistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV).

Peso y talla son primero autoinformados y luego medidos con procedimientos estándar por enfermeras entrenadas. La talla se mide siempre en el mismo momento de la mañana (la talla varía a lo largo día) con tres medidas por participante y media. Se obtiene el índice de masa corporal [IMC; peso (k)/talla (m²)] para medir el estado nutricional de cada individuo. El IMC se relaciona con tablas estandarizadas para la población española, por edad y sexo (datos de referencia) (Hernández et al., 1988).

Recogida de datos, trabajo de campo. La investigación se presenta por correo a los directores de los colegios, claustros y asociaciones de padres, con un modelo de autorización (de septiembre a octubre). Después se contacta por teléfono para elegir la fecha apropiada para realizar la 1.^a y 2.^a fases del estudio. Se obtiene consentimiento informado escrito del joven y su padre-madre/tutor. El consentimiento parental escrito se obtiene tras la explicación completa del procedimiento. La participación de los adolescentes es totalmente voluntaria. Se obtiene su consentimiento y cada adolescente lo firma con la información suministrada al inicio del estudio. Los tests se distribuyen sólo a aquellos alumnos que han rellenado el consentimiento. Los adolescentes hacen las pruebas en clase con sus compañeros. La encuesta es de aproximadamente ocho páginas y disponen de unos 30 minutos para completarla.

Se obtienen las aprobaciones institucionales éticas relevantes de comités éticos de investigación clínica (CEICA) en todas las ciudades del estudio. Se siguen los principios de la Declaración Helsinki y del Informe Belmont.

Todos los cuestionarios son anónimos, y se emplea un código numérico con una tarjeta con los datos personales si el adolescente resulta elegido para la segunda fase. Si se diagnostica un TCA en esta fase, se realiza un diagnóstico y se prescribe un tratamiento en unidad especializada.

Preparamos un detallado manual de instrucciones y estandarizamos el procedimiento de los

equipos que acuden a los colegios (de septiembre a diciembre). El trabajo de campo se realiza de enero a abril cada año al ser el período más apropiado por calendario escolar.

Análisis de datos. Durante el trabajo de campo, se codifican y verifican los cuestionarios. Se elaboran dos bases de datos con los mismos datos de los cuestionarios introducidos por dos personas separadas y se comparan posibles errores durante la introducción de datos. Para evitar los errores hasta donde es posible, introducimos controles automáticos. Tras comparar las dos bases de datos y los cuestionarios originales, finalmente tenemos unos datos limpios y completos. Calculamos las características sociodemográficas, prevalencia e incidencia TCA con sus intervalos de confianza 95 por 100 (IC) con Confidence Interval Analysis (CIA) disk version 2.0.0. Usamos el método recomendado (Wilson) con menos de 30 en cada grupo o si las proporciones observadas están fuera del rango 0,1 a 0,9 (Altman et al., 2000).

5.4. Resultados

En la evaluación basal, en 1999, se estudió a 502 alumnos de 545 seleccionados de 12 y 13 años de edad (tasa de respuesta del 92,1 por 100): 257 del grupo de intervención y 245 del grupo control, 266 chicas y 236 chicos, 238 en institutos públicos y 264 en colegios concertados. Hubo 43 pérdidas por absentismo. La distribución de la muestra estudiada es de 408 alumnos de 12 años (81,27 por 100), 91 de 13 años (18,12 por 100), uno de 11 años (0,19 por 100), uno de 14 años (0,19 por 100) y otro de 15 años (0,19 por 100).

No hay diferencias significativas entre los dos grupos. En el grupo de intervención 20/257, el 7,8 por 100 (IC 95 por 100: 5,1 por 100-11,7 por 100) se clasifica con riesgo de TCA (> 20 en EAT-26), y en el control 19/245, el 7,8 por 100 (IC 95 por 100: 5,0 por 100-11,8 por 100). La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,000. El error estándar (EE) de la diferencia es de 0,024. El intervalo de confianza al 95 por 100 para la

diferencia entre las dos proporciones es de $-0,048$ a $0,048$, no significativa.

Los resultados incluyen una diferencia significativa en el conocimiento entre los grupos intervención y control en la evaluación tras aplicar el programa. Encontramos un incremento significativo del conocimiento de nutrición, de 5,5 a 7,1, al comparar las medias en los individuos antes y después de la intervención con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (sube de 5,5 a 7,1, $p = 0,0000$), pero no en el control (baja de 6,4 a 6,3, $p = 0,8741$).

Se constata un descenso estadísticamente significativo en las influencias socioculturales en el modelo estético corporal valorado con el Socio-cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (3,7 a 32,7, $p = 0,0000$), y no en el control (33,7 a 33,7, $p = 0,8166$). El cuadro 19.1 resume los resultados de los diferentes cuestionarios.

Entrevista a 68 alumnos en la evaluación basal. En 1999 la tasa de prevalencia puntual para las mujeres adolescentes (criterios CIE10, DSM-IV) es de 2,6 por 100 (IC 95 por 100 calculado con el método recomendado Wilson con el CIA disk versión 2.00: 1,3 por 100 a 5,3 por 100, EE: 0,010) ($n = 7$ TCANE, TCA no especificados). En 1999 la tasa de prevalencia para varones (CIE-10, DSM-IV) es de 0,0 por 100 (IC 95 por 100: 0,0 por 100 a 1,6 por 100, EE: 0,000) ($n = 0$).

En 2000 se estudia a 441 adolescentes: 222 en intervención y 219 en control ($n = 61$ ausencias; tasa de respuesta: 80,9 por 100 de los seleccionados en 1999), 237 chicas y 204 chicos, 204 en centro público y 237 en privado concertado. Durante los 12 meses del período de estudio 104 estudiantes lo abandonan. Las pérdidas ($n = 104$) se deben a cambio de centro escolar (lo que ocurre a menudo en estas edades) y al absentismo.

Comparados con los controles, los adolescentes del grupo de intervención disminuyen significativamente su riesgo de TCA. En el grupo de intervención 9/222, el 4,1 por 100 (IC 95 por 100: 2,1 por 100-7,5 por 100) se clasifican con riesgo de TCA (*high scorers* EAT-26), y 23/219, el 10,5 por

CUADRO 19.1
Resultados de cuestionarios

Variables	Intervención		Control		Intervención		Control	
	Media Pre	Media Post	Media Pre	Media Post	DE* Pre	DE* Post	DE* Pre	DE* Post
Conocimientos nutrición	5,502	7,117	6,380	6,351	1,794	2,016	1,769	1,908
EAT-26	8,187	6,619	7,482	6,310	7,848	8,100	7,261	7,311
DT-EDI	3,778	2,864	3,371	2,943	4,450	4,568	4,435	4,240
BD-EDI	5,447	4,735	4,543	4,943	6,685	6,568	6,091	6,475
CIMEC factor 1	3,642	3,490	3,502	3,763	3,662	3,625	3,546	3,935
SATAQ	34,732	32,716	33,678	33,669	8,943	9,058	8,227	9,889
Autoconcepto (AC)	79,475	79,934	78,555	79,841	9,756	11,148	9,603	10,211
Asertividad	40,467	42,634	41,857	42,510	7,731	8,417	6,739	7,985
Escala de satisfacción corporal (SPC)	22,148	22,545	22,338	22,184	4,827	5,284	4,592	5,408

* DE: Desviación estándar.

100 (IC 95 por 100: 7,1 por 100-15,3 por 100), en el control. La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,064. El error estándar (EE) de la diferencia es de 0,025. El intervalo de confianza al 95 por 100 para la diferencia entre las dos proporciones es de 0,016 a 0,116. La diferencia que no incluye el 0, el valor de la igualdad, es significativa.

Se entrevista a 125 alumnos a los 12 meses de seguimiento. El cuadro 19.2 resume los datos de prevalencia.

En 2000 la incidencia de nuevos casos de TCA es de 4,1 por 100 (IC 95 por 100: 1,7 por 100-9,2 por 100, EE: 0,018) en mujeres controles ($n = 5$ TCANE) y de 0,0 por 100 (IC 95 por 100: 0,0 por 100-3,3 por 100, EE: 0,000) en las mujeres del grupo de intervención. La incidencia de nuevos casos de TCA es 1,0 por 100 (CI 95 por 100: 0,2

por 100-5,7 por 100) en los varones control ($n = 1$ F50,2, 1bulimia nerviosa) y de 0,0 por 100 (CI 95 por 100: 0,0 por 100-3,4 por 100) en intervención. Encontramos seis casos incidentes de TCA en el grupo control.

La incidencia de TCA (CIE-10, DSM-IV) disminuye significativamente en el grupo de intervención y no en el control. La diferencia es significativa en las chicas pero no en los chicos. La diferencia entre las dos proporciones en las mujeres se estima en 0,041. El EE de la diferencia es 0,018. El intervalo de confianza al 95 por 100 para la diferencia entre las dos proporciones en las chicas es de 0,001 a 0,092. El cuadro 19.3 resume los datos de incidencia.

En 2002, a los 36 meses de seguimiento, en 4.º de ESO se estudia a 351 alumnos de los 545

CUADRO 19.2
Prevalencia de TCA en intervención y control en 1999 y 2000

Año	Prevalencia de TCA en intervención		Prevalencia de TCA en control	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
1999	0	3 TCANE	0	4 TCANE
2000	0	2 TCANE	1F50.2 bulimia nerviosa	6 TCANE

CUADRO 19.3
Incidencia de nuevos casos de TCA a los 12 meses de seguimiento

Sexo	Incidencia intervención (IC 95 por 100)	Incidencia control (IC 95 por 100)	Diferencia (IC 95 por 100)
Chicos	0,0% (0,0% a 3,4%)	1,0% (0,2% a 5,7%)	0,010 (-0,05 a 0,057)
Chicas	0,0% (0,0% a 3,3%)	4,1% (1,75 a 9,2%)	0,041 (0,001 a 0,092)*
Todos	0,0% (0,0% a 1,7%)	2,7% (1,3% a 5,8%)	0,027 (0,005 a 0,058)*

* Diferencia estadísticamente significativa.

seleccionados al inicio: 172 intervención y 179 control (tasa de respuesta del 64,4 por 100 de los seleccionados en 1999), 178 chicas y 173 chicos, 157 en centros públicos y 194 en privados concertados. En el grupo de intervención 6/172, el 3,5 por 100 (IC 95 por 100: 1,6 por 100-7,4 por 100) se clasifica con riesgo de TCA, y en el control 12/179, el 6,7 por 100 (IC95 por 100: 3,9 por 100-11,1 por 100). La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,032. El EE de la diferencia es 0,023. El intervalo de confianza al 95 por 100 para la diferencia entre las dos proporciones es de -0,016 a 0,082, incluye el 0, así que no es significativa.

5.5. Discusión

De la revisión de estudios recientes (Ruiz-Lázaro, 2003a; Ruiz-Lázaro et al., 2010), pese a sus limitaciones metodológicas (Peláez, Labrador y Raich, 2004), se sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados. Nuestro estudio viene a sumarse a estos hallazgos.

Los cuestionarios autoadministrados o de autoinforme sirven ante todo para detectar conductas alimentarias desviadas menores. Sólo la entrevista clínica permite el diagnóstico de verdaderas anorexias o bulimias (Ruiz-Lázaro, 2003a). En este estudio se llega al diagnóstico sólo tras la entrevista por un clínico experimentado y adiestrado en el procedimiento.

Como se observa en otros estudios, entre los casos diagnosticados ninguno estaba en trata-

miento o había sido detectado previamente a este estudio comunitario de prevención secundaria. De ahí la importancia de las campañas de detección temprana en la comunidad.

Un enfoque multidisciplinar (López y Sallés, 2005) centrado en los adolescentes, su contexto y relaciones parece efectivo, y los programas son relativamente económicos (coste, tiempo y recursos humanos).

Los programas de prevención primaria escolar selectiva pueden representar una oportunidad actualmente para disminuir la incidencia de los TCA, cuya prevalencia en la comunidad se mantiene en cifras similares desde la década de los noventa. Los programas basados en la escuela y centrados en los factores de riesgo para las mujeres, con elementos interactivos, inducción de disonancia cognitiva y sesiones de refuerzo, muestran efectos significativos en condiciones metodológicamente rigurosas (Berger et al., 2008).

5.6. Limitaciones

El número de sujetos de este estudio previo era pequeño ($n = 502$), lo que supone un hándicap para el análisis estadístico (Cuijpers, 2003). Puede resultar inapropiado para generalizar nuestros hallazgos. Es necesaria una replicación que ya está en marcha (proyecto multicéntrico de investigación Fondo de Investigación Sanitaria FIS PI 05/2533).

Miembros de la comunidad, que ya pueden cuestionar, por razones éticas, el empleo de un grupo control. Aunque el diseño con grupo con-

trol aleatorio es ideal para controlar amenazas a la validez interna (por ejemplo, sesgo de selección).

Estos resultados pueden no ser aplicables a adolescentes de otros países, en sociedades distintas y con posible diferencias transculturales. La aplicabilidad de los contenidos y evaluación de este programa a otras poblaciones no puede asumirse sin más sin futuros estudios. Deben diseñarse futuros estudios para identificar qué subgrupos de adolescentes es más o menos probable que respondan a la intervención.

Todos los métodos tradicionales de evaluación tienen sus debilidades y limitaciones. Las medidas autocumplimentadas son vulnerables a la distorsión por falseo, fingimiento (bueno o malo), inexacto recuerdo de acontecimientos y/o respuestas fijas. Las entrevistas, consideradas el patrón oro de las técnicas de valoración, también están sujetas a distorsiones. Pueden producir información inexacta por el sesgo del entrevistador o la falta de sensación de confidencialidad o anonimato que puede llevar al sujeto a mentir en asuntos delicados. Es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones. Así, empleamos varios métodos en lugar de uno, recorrimos a evaluadores o entrevistadores entrenados y aplicamos un formato estructurado (SCAN), y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente y fáciles de contestar (EAT-26), como medidas protectoras en este programa.

No hemos encontrado un modo efectivo de evitar que los adolescentes que reciben el programa comenten lo aprendido con los del grupo control (efecto de contaminación o *stillover*). Pero no es lo mismo vivir la experiencia y participar en técnicas de implicación que recibir información oral por los pares.

En el seguimiento a los 36 meses hay diferencias, pero ya no son significativas. Influyen las numerosas pérdidas en el seguimiento (un 35,6 por 100), y quizá sea necesario hacer más sesiones de refuerzo para mantener el efecto positivo a largo plazo.

Hay importantes limitaciones en este trabajo, como en cualquier investigación epidemiológica, difíciles de subsanar. Se puede cuestionar el em-

pleo del EAT-26 como cuestionario de criba aunque se utiliza una versión validada al español, dada la tendencia a la negación, al secreto y la falta de motivación al tratamiento de las pacientes con TCA, que pueden ocultar sus actitudes y conductas alimentarias anómalas en un test autocumplimentado de este tipo. La única forma de evitar por completo este sesgo sería la entrevista clínica aplicada a toda la muestra, lo que supera nuestras posibilidades como equipo investigador.

Otro problema es la aplicación de los criterios diagnósticos categoriales de las clasificaciones internacionales en la comunidad en que predominan los casos subclínicos dentro de un espectro en el que en ocasiones puede ser difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico.

5.7. Conclusiones

Las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 y DSM-IV en la población española de estudiantes adolescentes tempranos encontradas en nuestro estudio son similares a las detectadas en otros países desarrollados, en otros estudios españoles. La prevalencia de TCA no especificados subclínicos o atípicos, que no cumplen todos los criterios diagnósticos, es sustancialmente mayor que la de los síndromes completos. Por ello, sería aconsejable desarrollar dispositivos de prevención tanto primaria como secundaria (Imaz et al., 2008; Ruiz-Lázaro, 2008).

Aunque los programas psicoeducativos de prevención universal de TCA han tenido poco éxito (Stice y Hoffman, 2004), nosotros desarrollamos y evaluamos un programa de prevención selectiva multifacético, dentro de la educación para la salud, que parece capaz de prevenir el inicio de TCA.

El programa ZARIMA ha probado ser efectivo evaluado científicamente con métodos estandarizados al año de seguimiento (Ruiz-Lázaro, 2005). Tras 12 meses de seguimiento, el riesgo de TCA en el grupo intervención fue de casi un tercio respecto del control (4,1 por 100 vs. 10,5 por 100), y la incidencia de TCA es menor significativamente en el grupo intervención que en el control (0,0 por 100 vs. 2,7 por 100), un resultado preliminar prometedor.

Una evaluación rigurosa con un ensayo controlado aleatorizado en un estudio de cohorte ha mostrado estos resultados que precisaban ser replicados. Este estudio aporta pruebas preliminares de que la prevención de TCA (DSM-IV, CIE-10) en adolescentes puede ser posible. Era precisa una investigación adicional, probando de nuevo este programa con una muestra mayor y diferente. Y nuestro programa ZARIMA manualizado ha demostrado ser efectivo con dife-

rencias significativas entre las proporciones de riesgo de TCA en el grupo de intervención y el grupo control un año después de aplicarlo en una muestra total de 1.813 alumnos de 1.º de enseñanza secundaria obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, adolescentes tempranos de la zona norte de España, en centros de secundaria públicos y privados (87 aulas) en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander (figura 19.3).

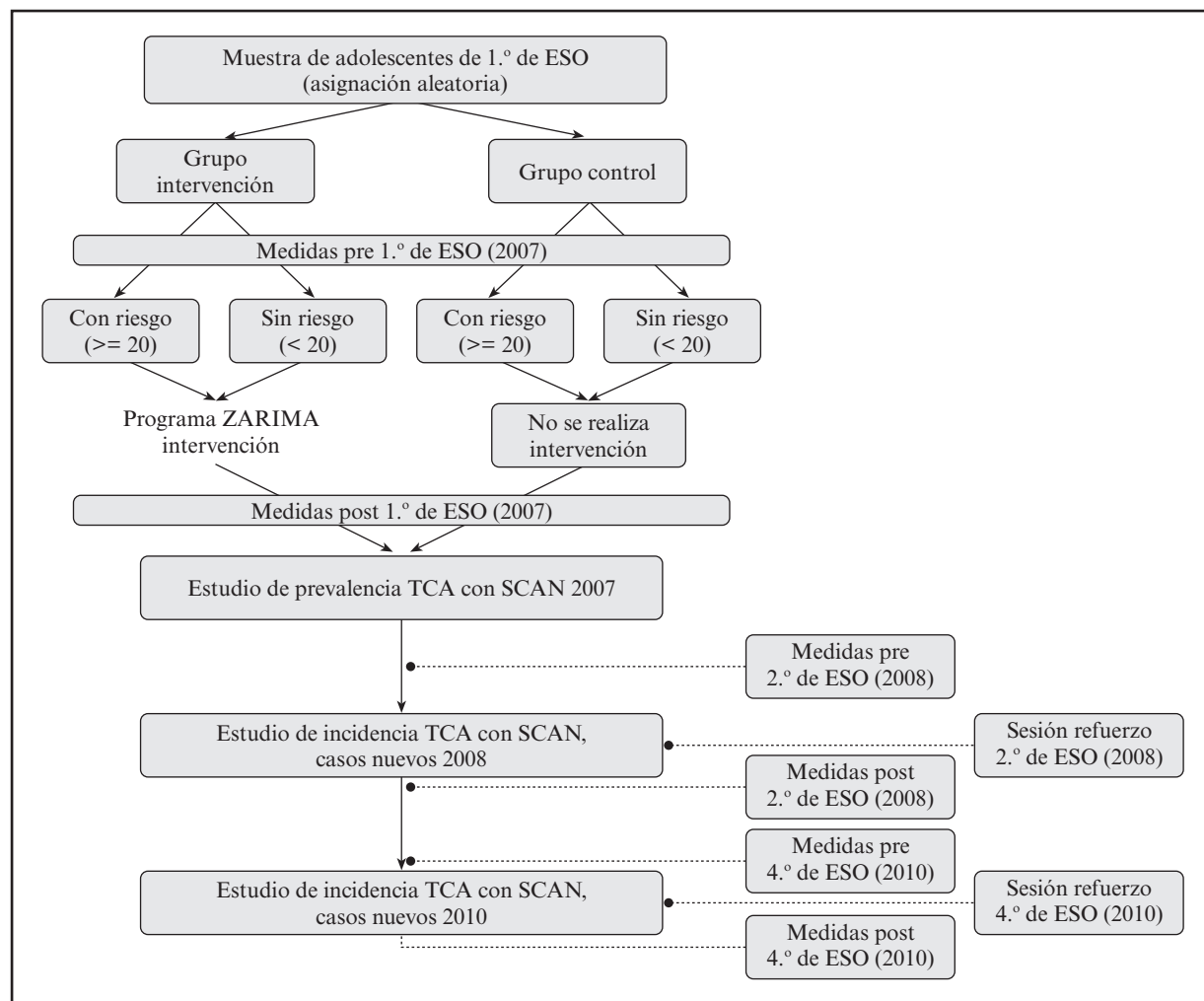


Figura 19.3. Cronograma de aplicación del programa ZARIMA en la zona norte de España (Fondo de Investigación Sanitaria FIS PI 05/2533).

En 2006, en Fuerteventura, se aplica asimismo nuestro programa ZARIMA por el grupo multidisciplinar Sáciate y acepta participar una muestra amplia y representativa de 798 alumnos de ocho centros (44 aulas).

Además, tras aplicar el programa ZARIMA el grupo SANTUCA en ensayo controlado en una muestra de 437 adolescentes cántabros de 1.º ESO, al año de seguimiento las tasas de sobrepeso ($P < 85$) eran de un 29,7 por 100 en el grupo intervención frente a un 41,3 por 100 de los controles, con cambio significativo en las chicas y en el sobrepeso, no así en la obesidad. Se trata del primer programa que demuestra ser eficaz en España en la prevención conjunta del riesgo de TCA y de sobrepeso. El sobrepeso en la infancia y adolescencia es un serio problema de salud pública. Se justifica con estos resultados (en proceso de replicación en Galicia y Aragón) la posibilidad

de realizar un programa manualizado integrado de prevención que reduzca a la vez el riesgo de TCA y de sobrepeso en adolescentes para optimizar recursos desde el modelo de educación para la salud, promoción de la salud (figura 19.4).

Para probar la validez externa de programas efectivos en ensayos controlados, como el programa ZARIMA, es precisa la evaluación de resultados en contextos más naturales, a través de su aplicación a mayor escala por parte de los agentes comunitarios que administran los programas de prevención y promoción de la salud (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

La tarea ahora es diseminar intervenciones potencialmente efectivas como esta que presentamos en el «mundo real» (Berger *et al.*, 2008; Wick *et al.*, 2011) y convencer a los proveedores, los gerentes y las autoridades sanitarias de su coste efectividad y valor humano.



Figura 19.4. Guía de prevención de los TCA y el sobrepeso (Gómez *et al.*, 2009).

Las evidencias científicas en el ámbito del ocio y del tiempo libre.

Programas eficaces

20

JOSÉ MARÍA FAILDE
MARÍA DAPÍA

1. INTRODUCCIÓN

Los procedimientos y técnicas de intervención preventiva y correctiva en el ámbito de las drogodependencias han tenido un importante desarrollo, especialmente desde la segunda mitad del siglo xx. El interés por fundamentar la eficacia de las intervenciones viene de antiguo; no obstante, los esfuerzos sistemáticos para identificar tratamientos eficaces tiene poco más de medio siglo de historia.

De modo especial en los últimos veinte años ha habido un interés creciente por determinar la eficacia e identificar los denominados *tratamientos empíricamente validados* (Chambless y Hollon, 1998; Woody y Sanderson, 1998). Así surge un movimiento formado por clínicos y epidemiólogos que se denominó «medicina basada en la evidencia» (Sánchez Hervás, 2006) y que tuvo su empuje fundamental cuando el Congreso de Estados Unidos decidió, en 1989, crear una agencia federal (Agency for Health Care Policy and Research) para tal fin, buscando mejorar la calidad del sistema de salud. Este interés por documentar la eficacia de las intervenciones se ha ido extendiendo a otras disciplinas, como es el caso de la psicología. En este sentido, y siguiendo el ejemplo de lo ocurrido en el campo médico, se inicia, en Estados Unidos y Canadá (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg y Williams, 1998), un movimiento pionero que buscaba tratamientos eficaces basados en la evidencia; así en 1993 la División 12 de la APA (psicología clínica) puso en marcha el Grupo de

Trabajo sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces (*Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*) (Chambless, Baker, Baucom, Beutler Calhoun et al., 1998; Echeburúa y Corral, 2001; Hamilton y Dobson, 2001, Mustaca, 2004; Sanderson, 2003). Nacen así los tratamientos empíricamente validados, y con ellos una etiqueta, un nombre que, como todo, empieza a construir una realidad. Tratamiento empíricamente validado (TEV) se convierte en sinónimo de ciencia y pasa a ser una aspiración para cualquier intervención prestigiosa (Rodríguez Morejón, 2004).

¿Pero qué es un tratamiento empíricamente validado? De modo sintético, podemos decir que se considerará que una intervención ha demostrado su eficacia cuando:

- a) El tratamiento ofrece mejores resultados que un placebo u otro tratamiento.
- b) El tratamiento demuestra una eficacia similar a la de otro ya probado.

Sin embargo, esto sólo hace referencia a los criterios básicos, pues en realidad el planteamiento es mucho más complejo porque se diferencia entre los tratamientos «bien establecidos» y «los probablemente eficaces» (para una explicación más detallada, puede consultarse Chambless y Ollendick, 2001).

En el ámbito de las drogodependencias, el conocimiento sobre las bases científicas de la pre-

vención de las drogodependencias ha ido en aumento, aspecto que se refleja en el volumen de publicaciones (Becoña, 1999, 2002). Pese a que los programas actuales españoles de prevención de drogas son más eficaces que los antiguos (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa, 2002), persiste la necesidad de valorar sus resultados (Espada, Rosa y Méndez, 2003), y esto es aplicable también a aquellos programas preventivos que incluyen entre sus propuestas actividades para intervenir sobre el ocio y el tiempo libre. En una revisión realizada en las siguientes bases de datos electrónicas: *Medline*, *PsycInfo*, *Scopus*, *Eric* y las bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), concretamente sumarios *ISOC* (ciencias sociales) y sumarios *IME* (biomedicina), no hemos localizado ningún programa de ocio y tiempo libre que pueda incluirse dentro de lo que se denominan «programas eficaces basados en la evidencia científica». No obstante, sí hemos identificado numerosas publicaciones y programas preventivos que aluden o defienden la necesidad de intervenir en este campo. Asimismo, como reflejamos en otro apartado de este capítulo, sí hemos identificado programas preventivos que incluyen los temas de ocio y tiempo libre entre sus propuestas de intervención.

Por otra parte, si nos centramos en el análisis científico de los programas de ocio alternativo, en la actualidad la evidencia sobre su eficacia no es suficientemente clara como para documentar que se trata de estrategias eficaces en la prevención del consumo de drogas (CSAP, 1997) o sus resultados no son claramente concluyentes (Martín y Moncada, 2003; Schaps, 1981; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Stackpole, 2000).

2. OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE DE LOS ADOLESCENTES/JÓVENES. ¿PODEMOS HABLAR DE OCIO?

2.1. Definiendo el ocio

El ocio es, en nuestra sociedad, un aspecto fundamental en la vida de las personas, particu-

larmente en la etapa de la adolescencia y de la juventud, llegando, incluso, a asociarse ocio y juventud. Sin embargo, un problema fundamental al acercarnos a esta temática deriva de que no todos entendemos lo mismo al hablar de ocio, y que incluso a veces se produce un uso indiscriminado de los términos «ocio» y «tiempo libre». Su diferenciación resulta especialmente útil en el contexto del ocio juvenil, aproximando una respuesta a la cuestión que da título a este apartado.

Aunque en la actualidad existe cierto consenso en admitir que ocio y tiempo libre no pueden considerarse equivalentes, todavía siguen siendo utilizados como sinónimos con cierta frecuencia, incluso en la investigación. El ocio ha sido definido de varios modos: uso del tiempo libre, participación en actividades y experiencia subjetiva (Kleiber, 1999). La concepción actual está más vinculada a la tercera acepción, entendiéndose que las dos primeras presentan ciertas limitaciones para llegar a la esencia del ocio; la primera, porque no todo lo que se realiza en el tiempo libre puede considerarse libremente elegido y placentero, y la segunda, por la dificultad derivada de operativizar el término «actividades» (Busseri y Rose-Krasnor, 2010), centrándose exclusivamente en aquellas que están organizadas y dejando fuera otras experiencias de ocio.

En este contexto, podemos definir el tiempo libre como un marco temporal, como aquel tiempo en el que no adquirimos ningún compromiso y podemos decidir qué hacer con libertad y autonomía. Sin embargo, no todo el tiempo libre lo dedicamos al ocio. Es éste el momento de preguntarnos ¿cuáles son las condiciones o los elementos definitorios que lo diferencian de otros fenómenos relacionados? La respuesta la encontramos al identificar cuáles son las notas básicas que le dan identidad al ocio: el tiempo libre, el sentimiento de libertad, el autotelismo y la vivencia placentera. Detengámonos brevemente en cada una de ellas.

En primer lugar, la existencia de tiempo libre se *concreta* en un tiempo y, en consecuencia, es algo objetivo, medible y cuantificable, que constituye una condición necesaria pero no suficiente para que se dé el ocio. Para que la vivencia de ese

tiempo libre se convierta en «ocio», ha de satisfacer los requisitos que seguidamente presentamos, y esto nos lleva a un ámbito más subjetivo, de actitudes, en definitiva: a la significación que para las personas tengan las acciones realizadas.

En segundo lugar, destaca como característica inherente al ocio la libertad, según la cual el sentimiento de libre elección de las personas sobre lo que desean hacer en su tiempo libre es un requisito irrenunciable del ocio. Pero, aunque hablemos de que la libertad es una condición esencial del ocio, será demasiado utópico pensar que el ejercicio real de libertad puede ser absoluto. La libertad absoluta no existe, sino que está limitada y condicionada por diferentes factores (sociales, económicos, educativos, etc.), y, por ello, más que hablar de libertad, sería más preciso, aplicado al ocio, entenderla como «libertad percibida» o como «sentimiento subjetivo de autonomía».

Otra característica también expresada ampliamente, bajo distintas denominaciones, es la gratuidad, el autotelismo, la motivación interna, es decir, el carácter desinteresado de la acción que realizamos, ya que su elección está justificada por el fin que tiene en sí misma, por su propio interés, y su única recompensa inmediata es la misma participación.

Una cuarta característica íntimamente vinculada con las anteriores y que entra en juego en el ocio es la satisfacción, el placer, el disfrute, el carácter gratificante de éste. «El ejercicio del ocio cada vez se centra más en la ocupación libre y gustosa» (Cuenca, 1999, p. 18). Es indudable que la elección de las «acciones de ocio» se lleva a cabo no por su carácter funcional, utilitario, sino por sí misma, pero en esta elección pasarlo bien, divertirse, constituye uno de esos elementos internos de la propia actividad y condiciona enormemente tal elección. No cabe duda de que en la sociedad actual los motivos que llevan a los adolescentes y a los jóvenes al consumo de sustancias son fundamentalmente recreativos, de diversión. Así, como apuntan Cortés et al. (2008), divertirse es el motivo principal que los adolescentes arguyen para beber con sus amigos los fines de semana, así como encontrarse con ellos, escuchar música y ex-

perimentar los efectos psicoactivos del alcohol. Esta motivación hedonista les lleva a asociar alcohol-grupo-diversión.

Como conclusión, podemos afirmar que no son las actividades las que definen qué es ocio y qué no; tampoco es la disposición de tiempo libre, sino la vivencia y la experiencia personal. De tal forma que el ocio puede ser definido como cualquier experiencia humana (relacionada con la dimensión subjetiva), realizada en el tiempo libre, que es vivida personalmente con satisfacción y placer y percibida como elegida libremente por su valor en sí misma (motivación intrínseca y autotelismo). Éste es el punto de partida que debe guiar el análisis de lo que realizan los jóvenes en su tiempo libre, valorando en qué medida alcanza la categoría de ocio.

Por último, haremos referencia a una caracterización más actual y quizá menos conceptual del ocio; en la Carta Internacional del Ocio se asocia ocio y calidad de vida, ocio y salud y, por ende, la consideración de necesidad vital humana (para todos) y de derecho (WLRA, 1993).

Visto así, el ocio asoma como un mérito positivo en sí mismo. Quizá, y precisamente por esto, la investigación de las últimas décadas se ha centrado fundamentalmente en los innumerables beneficios que aporta la práctica del ocio en diferentes aspectos y para diversos colectivos, en particular en los adolescentes (Trainor, Delfabbro, Anderson y Winfield, 2010). Sin embargo, el ocio puede tener un lado negativo, tal como se pone de manifiesto en ciertas prácticas asociadas, por ejemplo, al consumo de sustancias adictivas o a ciertas actividades de delincuencia; lo que algunos autores han denominado «el lado más oscuro del ocio» (*leisure's darker side*) (Kelly y Freysinger, 2000). Así, como señalan Shinew y Parry (2005), este «otro» lado del ocio es un tema importante que los investigadores del ocio no deberían seguir ignorando.

2.2. Patrones de ocio de los jóvenes

Este apartado tiene como objetivo aproximarnos brevemente a los patrones de ocio de adoles-

centes y jóvenes. Antes de avanzar en su estudio, plantearemos unos presupuestos de partida. En primer lugar, el concepto de juventud incluye cada vez más a un sector más amplio —diferencias de edad— y heterogéneo de la población; no existe una juventud, sino jóvenes con perfiles, comportamientos y estilos de vida muy diferentes. En segundo lugar, las prácticas de ocio de los y las jóvenes están influidos por la sociedad en la que viven, siguen el uso generalizado de ésta; una sociedad en la que se han modificado muchos de sus valores y priman en la actualidad el éxito, la competencia, el dinero, el bienestar, el estatus social, la belleza, el consumismo, etc. En tercer lugar, lo que sabemos de su ocio es lo que cuentan (se valora a través de lo que ellos dicen que hacen). Por último, debemos indicar que el ocio es un valor muy importante para los jóvenes; según el estudio dirigido por Megías y Elzo (2006), un primer grupo de valores al que se conceden una importancia primordial lo constituirían la familia, el éxito laboral, las relaciones con los amigos, ganar dinero y el éxito sexual; siguiéndoles de forma inmediata, la buena capacitación profesional y el abundante y placentero tiempo de ocio. Otros estudios confirman esta tendencia (De Miguel, 2000; Funes, 2008). Una de las maneras en que los jóvenes adquieren una identidad propia es a través del empleo de su tiempo libre, que define un estilo de vida determinado.

Tras estas consideraciones previas, para aproximarnos a los patrones de ocio —usos, distribución, actividades realizadas, etc.— de los jóvenes españoles hemos utilizado el *Informe de la Juventud en España 2008*, fundamentalmente el tomo IV, realizado por Funes (2008), así como el último sondeo de opinión que sobre esta temática se ha realizado (INJUVE, 2007) a jóvenes entre 15 y 29 años. Los resultados de estas investigaciones perfilan las siguientes tendencias.

El número de horas libres de que los jóvenes disponen a la semana es de 26,03, manifestándose diferencias según género: 24,45 horas libres para ellas y 27,53 para ellos, y por grupos de edad, constatando mayor tiempo de ocio en los

jóvenes adolescentes (15-19 años), con más de dos horas de diferencia.

Cuando se les pregunta por el tipo de actividades que ocupan esas horas de tiempo libre, observamos ciertas diferencias: algunas actividades presentan un carácter casi universal al haber sido practicadas por la mayoría de los encuestados —homogeneización—, mientras que otras son mucho más minoritarias (véase el cuadro 20.1). Las actividades preferidas son «escuchar música» (92,3 por 100), «salir o reunirse con los amigos» (91,9 por 100), «ver la televisión» (88,2 por 100) y «usar el ordenador» (73,6 por 100). Como actividades menos habituales (con porcentajes entre el 10 y el 20 por 100) destacaríamos lo que podríamos denominar un «ocio cultural», manifestado en «ir al teatro», «asistir a conferencias/coloquios», «actividades asociativas y voluntariado» o «ir a museos/exposiciones». Resaltar que casi la mitad, el 49,4 por 100, afirma que ocupa su tiempo libre con la opción «beber, ir de copas», manifestándose el grupo de chicos como el que más opta por esta actividad. Peñafiel (2009) señala que la variable que predice un mayor riesgo para el uso de drogas es ir a bares con los amigos.

El ocio de los jóvenes parece moverse entre dos tendencias: socialización e individualización. Por un lado, un ocio de carácter colectivo, social, cuyo máximo exponente es «salir con los amigos» (importancia de la relación con los pares) y, por otro, un ocio centrado en los medios de comunicación (televisión, música, ordenador, etc.) y desarrollado, sobre todo, individualmente y en contextos privados. No obstante, el ocio social, «salir con los amigos», que es una actividad mayoritaria, nos indica poco de lo que hacen, sólo nos señala con quién. El ocio actúa como un elemento de integración social a través del cual se fortalecen los procesos de pertenencia y aceptación por el grupo. Y es precisamente en este contexto, con los amigos, donde frecuentemente tienen su primer contacto con el uso de las drogas, por lo que también se convierte en un escenario de riesgo desde la perspectiva de la prevención.

CUADRO 20.1
Actividades realizadas durante su tiempo libre por los jóvenes

% contestan si practica	Total	Sexo		Grupos de edad (3)		
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29
Base (N =)	(1.476)	(758)	(718)	(385)	(485)	(606)
Beber, ir de copas	49,4	56,9	41,5	37,9	60,4	47,9
Ir a discotecas, bailar	51,8	53,0	50,6	58,4	62,5	39,1
Salir a reunirse con amigos	91,9	94,2	89,6	95,8	91,8	89,6
Hacer deporte	53,6	69,1	37,2	57,7	53,2	51,3
Asistir a competiciones deportivas	26,7	39,8	12,8	31,2	25,6	24,8
Ir de excursión	39,2	37,1	41,5	41,8	35,5	40,6
Viajar	47,7	46,6	48,9	40,3	48,0	52,1
Ir al cine	61,4	59,5	63,5	59,5	64,9	59,9
Ir al teatro	10,0	7,7	12,4	5,5	10,3	12,5
Ir a conciertos	40,4	40,0	40,9	42,6	43,9	36,3
Escuchar música, CD, cintas	92,3	91,6	93,2	93,2	93,0	91,3
Ir a museos, exposiciones	20,5	17,0	24,1	15,8	22,1	22,1
Asistir a conferencias, coloquios	11,0	9,4	12,8	6,5	12,6	12,7
Ir de compras	69,9	57,5	83,0	68,3	70,9	70,1
Actividades asociativas o voluntariado	14,0	13,3	14,8	12,7	15,3	13,9
Leer libros	52,0	43,8	60,6	47,8	48,0	57,8
Leer periódicos, revistas	67,7	66,5	68,9	57,4	67,4	74,4
Ver la televisión	88,2	88,7	87,7	91,7	87,4	86,6
Oír la radio	70,0	68,6	71,4	59,0	70,7	76,4
Usar el ordenador	73,6	76,0	71,2	82,9	71,8	69,3
Jugar con videojuegos, consolas, etc.	36,1	52,2	19,1	51,4	35,7	25,9
Descansar, no hacer nada	63,8	64,1	63,5	69,1	67,6	57,4
Estar con mi novio/a, pareja	69,6	67,2	72,3	51,7	70,1	80,7
N.S./N.C.	0,3	0,4	0,3	—	0,2	0,7
Total	1.201,4	1.220,1	1.181,8	1.178,2	1.229,9	1.193,4

FUENTE: INJUVE (2007).

Si comparamos estos datos con los recogidos para la juventud europea, se concluye que en relación con la media de la juventud europea, la española practica menos deporte (primera actividad de la juventud europea), ve más la tele y escucha más música (Funes, 2008).

Al referirnos a los hábitos de salidas nocturnas, el 72 por 100 afirman salir normalmente los fines de semana (de los cuales el 40,6 por 100 dice salir todos los fines de semana), siendo los chicos los que salen con más frecuencia de noche que las chi-

cas, y, en relación con la edad, es el grupo de 20 a 24 años el que presenta porcentajes mayores (véase el cuadro 20.2). Así, el esparcimiento, el ocio nocturno se presenta como uno de los patrones de ocio característico de la juventud, una práctica regular para la mayoría. La noche se ha convertido en el fenómeno juvenil por excelencia; la noche es noche joven, sobre todo fuera de casa. En cuanto a la hora de regreso a casa, se observan grandes variaciones; en torno al 52 por 100 vuelve después de las 4 de la mañana y el 48 por 100 lo hace hasta las 4.

CUADRO 20.2
Salidas nocturnas en fin de semana

	Total (%)	Sexo		Grupos de edad (3)		
		Hombre (%)	Mujer (%)	15-19 (%)	20-24 (%)	25-29 (%)
Base (N =)	(1.476)	(758)	(718)	(385)	(485)	(606)
No salgo nunca o casi nunca de noche	27,6	23,1	32,3	26,8	21,0	33,3
Salgo una o dos veces al mes	31,6	29,2	34,3	24,9	32,2	35,5
Salgo todos o casi todos los fines de semana	40,6	47,5	33,3	47,8	46,6	31,2
N.S./N.C.	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	—
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: INJUVE (2007).

Por último, queremos destacar otra cuestión de interés referida al significado que para los jóvenes tiene «salir de noche» (cuadro 20.3). Llama la atención que es la sensación de salir de la rutina, vivir lo excepcional, experimentar la libertad, disponer de tiempo propio, sin control... —que perciben como algo distinto, incluso diferente al día, un factor de identificación—, lo que da significado a «salir por la noche» para los jóvenes marcando un espacio propio en un tiempo propio. Una de las prácticas que se extiende y populariza en la cultura de la noche es el *botellón*, en el que el alcohol y la música ocupan un lugar protagonista; aunque no es ésta la única actividad de ocio nocturno que está presidida por el alcohol y/u otras drogas. Resulta difícil abordar el «salir por la noche» de los jóvenes sin asociarlo al consumo de ciertas sustancias. Estas prácticas, si bien no tienen por qué darse en esta situación, están generalmente asociadas a ellas, referidas a lo que hemos denominado «el lado oscuro del ocio». En esta línea, Calafat, Fernández, Juan y Becoña (2007) han advertido de que un ocio ligado a la vida nocturna predice más los consumos de los adolescentes que otros factores tradicionalmente considerados.

Tras la descripción de los estilos de ocio, nos podemos plantear si esta homogeneización de sus prácticas —tanto en actividades como en hora-

rios, etc.— cumple las características que definen el ocio (libertad + autotelismo + placer) o, por el contrario, responde a un modelo de ocupación del tiempo libre consumista y alienante: ¿son elegidas libremente?, ¿producen satisfacción y placer?, ¿fomentan el desarrollo personal? Si las respuestas anteriores son afirmativas, para algunos autores son beneficiosas, independientemente de sus resultados. Así, Glover (2003) indica que, siempre y cuando no dañen a otros, los jóvenes deben ser libres para participar en las actividades de ocio de que disfruten, incluso si éstas son insanas, porque también aportan sus beneficios.

Lo que no podemos perder de vista es la existencia de una clara relación entre ocio y consumo de sustancias en la juventud. Por un lado, el consumo de drogas parece asociarse a las prácticas de ocio —un referente extendido— y, por otro, el ocio es simultáneamente un contexto de riesgo y de protección (Caldwell, Baldwin, Walls y Smith, 2004) que nos ayuda a trabajar en la prevención del consumo. Si los jóvenes no saben cómo implicarse en actividades de ocio saludable, o no existen dichas alternativas, será necesario desde el ámbito de la prevención atender en las intervenciones al ámbito del ocio de los adolescentes y los jóvenes. De hecho, las actividades de ocio han sido vistas como esenciales en el desarrollo de la

CUADRO 20.3
Significado de «salir de noche»

	Total (%)	Sexo		Grupos de edad (3)		
		Hombre (%)	Mujer (%)	15-19 (%)	20-24 (%)	25-29 (%)
Base (N =)	(1.066)	(581)	(485)	(280)	(382)	(404)
Sensación de libertad, no control	20,5	23,4	17,1	26,4	22,8	14,4
Cierta sensación de hacer algo diferente, no rutinario	42,0	38,4	46,4	41,8	43,2	41,1
La noche añade encanto a lo que haces	17,4	19,4	15,1	15,4	18,6	17,8
La noche es el momento de la gente joven, es para la gente joven	29,5	31,7	26,8	38,9	32,2	20,3
Es lo mismo salir de noche que de día	19,0	16,9	21,6	15,0	18,1	22,8
Por la noche te liberas más, te desinhibes	23,4	26,3	19,8	23,6	24,1	22,5
N.S./N.C.	3,1	2,6	3,7	0,7	3,4	4,5
Total	155,0	158,7	150,5	161,8	162,3	143,3

FUENTE: INJUVE (2007).

vida porque promueven resiliencia y, por tanto, pueden ser consideradas «factores de protección» para la salud y el bienestar (Hutchinson, 2011).

3. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS JÓVENES. DEL MODELO TRADICIONAL DE CONSUMO AL USO RECREATIVO DE SUSTANCIAS

La situación del consumo de sustancias ha experimentado en los últimos veinte años un cambio significativo respecto a los patrones de uso típicos de las décadas precedentes. Desde los años noventa del pasado siglo, el consumo de sustancias, especialmente en el colectivo juvenil, parece producirse mayoritariamente en un nuevo contexto (Sharp, Coffman, Caldwell, Smith, Wegner, Vergnani y Mathews, 2011; Pons y Buelga, 2011; Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2007; Thorlindsson y Bernburg, 2006; Sánchez-Queija, Moreno, Muñoz y Pérez, 2007). Este nuevo escenario es el relacionado con el tiempo libre

y el ocio, que difiere significativamente de los modelos más tradicionales en los que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (cannabis, anfetaminas, cocaína, etc.) respondía a una posición más contracultural o ideológica (Calafat et al., 2007). Si nos fijamos en el caso del alcohol, observamos que se ha pasado de un patrón de consumo típico de los países latinos o mediterráneos —caracterizado por dosis bajas, habitualmente de vino, todos los días— a un nuevo estilo de consumo que clásicamente se consideraba anglosajón —con la ingestión de dosis altas de alcohol en un corto período de tiempo, con la consecuencia en muchos casos de la borrachera o la intoxicación etílica (Becoña, 2000).

Sin duda, el uso de sustancias es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad, siendo la etapa adolescente el período vital en el que se sitúa el mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias (DGPNSD, 2011). Son muchos los factores que se han apuntado para explicar la conducta de consumo de sustancias en la población adolescente, ta-

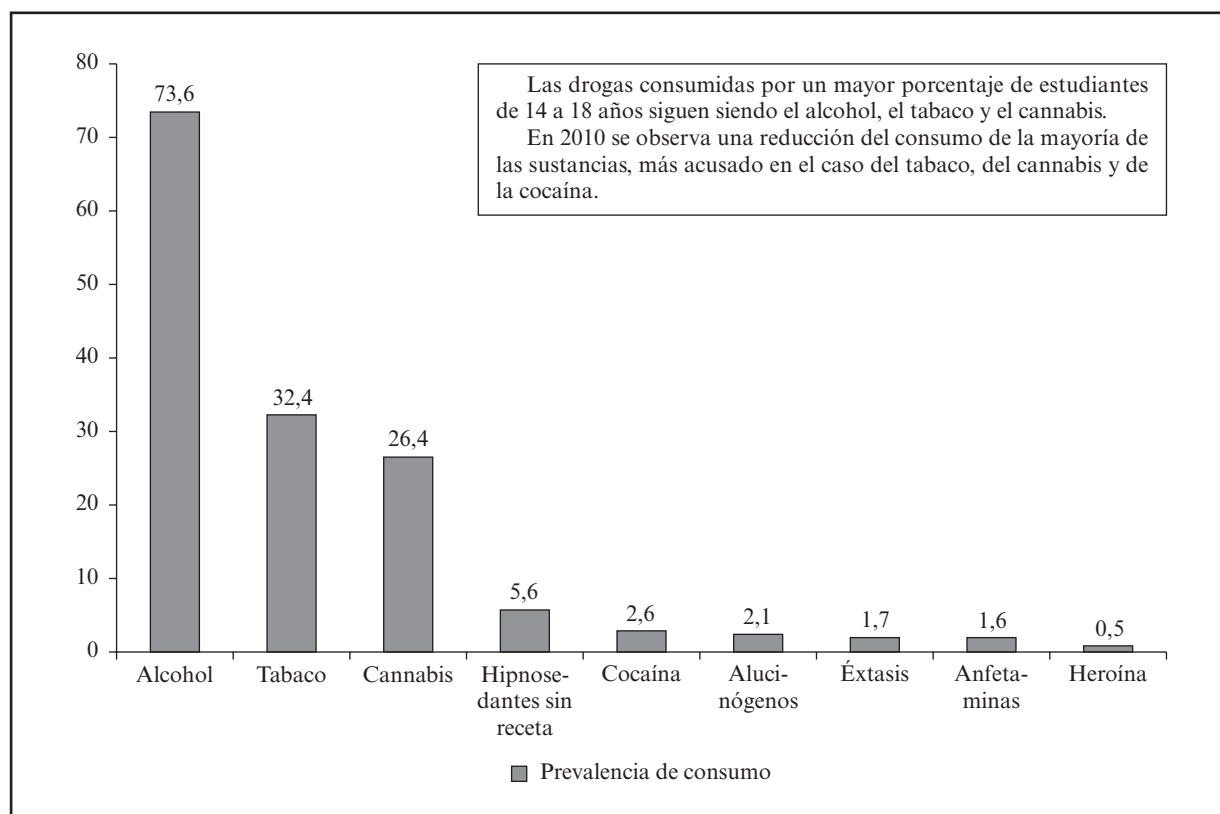
les como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales (Luengo, Otero, Romero y Gómez, 1996).

Este nuevo patrón de consumo de drogas, mayoritario entre la población de adolescentes y jóvenes, ha provocado que en los últimos años muchos autores utilicen el término de «drogas recreativas», para referirse al uso de drogas psicoactivas con finalidades que no son médicas ni terapéuticas y que está asociado con el ocio de fines de semana, la música, el baile, las ocasiones o fiestas especiales y el ambiente nocturno (Infante, Barrio y Martín, 2002).

Según la última encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España,

ESTUDES (DGPNSD, 2011), las tendencias actuales del consumo adolescente de alcohol y otras drogas podrían resumirse en los siguientes puntos (véase la figura 20.1):

- a) La proporción de estudiantes de 14 a 18 años que consumió drogas en 2010 ha disminuido con respecto a años anteriores. Esta reducción, que se observa en la mayoría de las sustancias, es más acusada en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína.
- b) Las sustancias más consumidas son el alcohol, el tabaco y el cannabis, con tasas de adolescentes que las han probado del 75,1 por 100, 39,8 por 100 y del 33 por 100 respectivamente (véase la figura 20.1).



FUENTE: ESTUDES 2010. Observatorio Español sobre Drogas DGPNSD, MSPSI.

Figura 20.1. Proporción de consumidores de drogas en el último año.

- c) El consumo de alcohol se concentra en los fines de semana.
- d) El patrón de consumo de alcohol es experimental u ocasional, y está vinculado principalmente a contextos lúdicos; además, pese a que el consumo de esta sustancia se mantiene estable, tres de cada diez adolescentes de 14 a 18 años admiten haberse emborrachado por lo menos una vez en la vida.
- e) El consumo de drogas legales, alcohol, tabaco e hipnosedantes, está más extendido entre las chicas, aunque los chicos que consumen alcohol o tabaco lo hacen con mayor intensidad, y además los chicos consumen drogas ilegales en mayor proporción.
- f) Si bien el consumo de otras sustancias presenta menor prevalencia, no debe distraernos de las investigaciones que consideran el consumo de alcohol y tabaco la puerta de acceso para iniciarse en el consumo de otras drogas ilegales (Lindsay y Rainey, 1997; PND, 2002), en lo que se conoce como «teoría de la escalada» (Kandel y Davies, 1992).

En la actualidad el consumo de sustancias se ha extendido a todos los estratos sociales, y aunque no podemos olvidar el hecho de que existen grupos de riesgo, es en los contextos recreativos nocturnos donde tienen lugar la mayoría de los consumos de sustancias (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2007). El consumo de drogas en los jóvenes está vinculado a motivaciones hedónicas, intentos de satisfacción, búsqueda de identidad, curiosidad y necesidades de integración grupal en sus momentos de ocio... Pero el consumo no debería ser valorado únicamente como una forma de transgresión o de ruptura con las pautas y normas de comportamiento establecidas, sino también como un intento de adaptación a un estilo de vida que demandan los estándares sociales. En buena parte, los jóvenes consumen drogas recreativas para divertirse, establecer relaciones, expresar fortaleza aguantando horas y horas en

vela, tener una vida sexual intensa y vivir preocupados (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000).

Según Moral Jiménez, Rodríguez Díaz y Sirvent Ruiz (2005), las principales razones, entre otras, por las que los jóvenes se inician en el consumo de sustancias psicoactivas hacen referencia a la vinculación grupal y al efecto de contagio de los iguales, ya sea por imitación o incitación; a la búsqueda de sensaciones y la curiosidad como variable mediadora; a la búsqueda de evasión y la experimentación de euforia; a la desinhibición, o las ilusiones de fortaleza y vigor físico. Asimismo, estos autores señalan como un factor explicativo para el consumo, la accesibilidad a las sustancias, incluida la disponibilidad económica.

Por otra parte, las últimas investigaciones apuntan a que se han reducido sensiblemente las diferencias intergénero, de modo que podemos asistir a una igualación, e incluso inversión, de los patrones de consumo de drogas institucionalizadas, tales como el tabaco o el alcohol, e incluso de drogas ilegales como el cannabis (DGPNSD, 2011; Laespada Martínez, 2003; Moral Jiménez, 2002; PND, 2004). Mendoza, López Pérez y Sagra (2007) nos dan una visión más amplia, asegurando que la reducción de las diferencias de género con respecto a estas sustancias se remonta a 1986, y, según este estudio, en 2002, las mujeres jóvenes superaron a los hombres en consumo. Tal vez la búsqueda de igualdad y mayor libertad por parte de la mujer pueda explicar este aumento del consumo en el colectivo femenino. Por tanto, debemos partir del reconocimiento de que las diferencias intergénero están moduladas por la cultura, la historia y la propia sociedad que (re) interpreta de forma diferencial discursos y modos de actuación e incurre en normalizaciones que se aceptan como casi naturales (Moral Jiménez et al., 2005).

4. EL OCIO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Distintas investigaciones han constatado la asociación entre ocio y consumo de diferentes

sustancias, es decir, han verificado un fenómeno social en el ámbito de la juventud y la adolescencia caracterizado por un uso de las drogas con fines recreativos, lo que supone la introducción de las drogas en los patrones de ocio (Sharp et al., 2011; Pons y Buelga, 2011; Shinew y Parry, 2005; Rodríguez, Agulló y Agulló, 2003; Infante, Barrio y Martín, 2003; Lock, 1997; Calafat et al., 2007; Thorlindsson y Bernburg, 2006; Sánchez-Queija et al., 2007). Asimismo, hemos constatado que la mayoría de los jóvenes han tenido su primer contacto con las drogas con sus amigos en contextos de ocio (Lo, 2000; Shinew y Parry, 2005) y que el aburrimiento en el ocio está relacionado con el consumo de sustancias, siendo éste mayor cuanto más intenso es el grado de aburrimiento (Sharp, Coffman, Caldwell, Smith, Wegner, Vergnani y Mathews, 2011).

Estas investigaciones y otras nos sitúan en la línea de abordar el ocio en los programas de prevención, bien incorporando el ocio en programas más amplios de prevención, bien creando programas específicos de ocio, conocidos como «programas alternativos de ocio» o «programas de prevención de ocio alternativo».

Para analizar en qué medida el ocio está presente en los programas de prevención, hemos acudido a una base de datos europea específica de prevención: EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*) es el sistema de registro del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías que incluye proyectos o actividades relacionadas con la reducción de la demanda de droga en la Unión Europea. Según el tipo de intervención, clasifica los programas en: prevención, tratamiento, reintegración social, reducción de riesgos e intervenciones en el sistema de justicia criminal. Somos conscientes de las limitaciones de esta opción (reducida a esta base de datos), pues existen otras intervenciones que se realizan en España que no están incluidas en esta base de datos europea. Consultada en febrero de 2012, el número total de programas de reducción de la demanda que España ha incorporado a la base de datos EDDRA es de 67, de los cuales 45 responden a la categoría prevención (véase el cuadro 20.4).

CUADRO 20.4
Tipología programas españoles de prevención en EDDRA

Tipología programas de prevención	Total	Dirigidos adolescencia/juventud
Universal	27	20
Selectiva	11	10
Indicada	3	1
Otras/no consta	4	1
Total	45	32

FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDRA.

Para el objeto de nuestro estudio, hemos empleado como criterio de inclusión aquellas iniciativas del Estado español que están en la base de datos EDDRA en el EMCDDA, que van dirigidas al colectivo de adolescencia y/o juventud, cuya tipología responde a programas de prevención universal y que directamente se centran en la prevención de drogas (una o varias), sin incluir aquellas que tuvieran como finalidad las consecuencias del uso/abuso del consumo de drogas (por ejemplo, se ha descartado el programa «Prevención de los accidentes de tráfico vinculados con el uso de las drogas en Salamanca»). Un total de 20 programas responderían a este criterio (véase el cuadro 20.5). Tras su identificación, se ha procedido a una búsqueda de los programas para hacer un análisis de su contenido; a la mayoría —no a la totalidad— hemos tenido acceso para acercarnos a la situación de la prevención recreativa.

Algunas consideraciones globales:

- De los 20 programas presentados, los tres últimos de la tabla responden a los denominados «programas de ocio alternativo», entendidos como programas comunitarios destinados a adolescentes y jóvenes cuyo objetivo fundamental es ofrecer alternativas de ocio que se constituyan como opciones ante el consumo de sustancias.

CUADRO 20.5

Programas de prevención universal dirigidos a adolescentes y jóvenes (EDDRA)

Título	Grupo destinatario (edad)	Ámbito	Ocio/tiempo libre	Prevención sustancias
Construyendo salud	11-14	Escuela	Sí	Tabaco, alcohol, cannabis
Alcazul	14-18	Comunidad	Sí	Tabaco, alcohol, cannabis
Y tú ¿qué piensas?	14-18	Escuela Comunidad	Sí	Varias
PPCDE	5-18	Escuela	Sí	Varias
CINENSINO	11-14	Escuela	Sí	Varias
Proyecto ALCALID	11-15	Escuela	Sí	Varias
Talleres Bebidas Saludables (TBS)	13-14	Escuela	No disponemos de datos	Alcohol
Tú decides	13-16	Escuela	Sí	Tabaco, alcohol, cannabis
Entre todos	12-14	Escuela	Sí	Tabaco, alcohol, cannabis
Sensibilización de la población juvenil y de las familias sobre los problemas derivados del consumo de drogas, a través de Internet (website) y nuevas tecnologías (SMS)	8-18	Comunidad	Sí	Varias
Cine y educación en valores	6-14	Escuela	No	Varias
Al final... es tu elección.	13-15	Escuela	Sí	Tabaco, alcohol, cannabis
Órdago	12-16	Escuela	Sí	Varias
Programa para la prevención de la adicción al tabaco en escuelas de secundaria	12-16	Escuela	No disponemos de datos	Tabaco
Proyecto PASE	13-14	Escuela	No disponemos de datos	Tabaco, alcohol
Programa Prevención Uso de Drogas	12-15	Escuela	No disponemos de datos	Tabaco, alcohol
Xkpts.com	14-16	Familia Escuela	No disponemos de datos	Cannabis
Alternativas en Cádiz	14-18	Escuela Comunidad	Sí	Varias
La noche es joven	15-30	Comunidad	Sí	Varias
Abierto hasta el amanecer	14-25	<i>Party scene</i> Comunidad	Sí	Varias

FUENTE: Elaboración propia.

— El grupo destinatario lo componen adolescentes y jóvenes, en una franja de edad que va desde los cinco hasta los 30 años;

el grupo de edad mejor representado es el comprendido entre los intervalos de 12-13 y de 15-16. Son los programas de ocio al-

ternativo los que alcanzan las edades más elevadas.

- La mayor parte de los programas o intervenciones preventivas se desarrollan fundamentalmente en el ámbito escolar, seguido del ámbito comunitario.
- La mitad de los programas se dirigen a la prevención de todo tipo de sustancias, seguidos del grupo de programas orientados a la prevención de tres sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) (30 por 100); son muy escasos (10 por 100) los que se centran en la prevención de una única droga (cannabis o tabaco) o de dos (tabaco y alcohol).

En general los programas analizados incorporan la temática del ocio y del tiempo libre entre sus propuestas. Solamente nos consta un programa —de aquellos a los que hemos tenido acceso— que no aborde esta temática.

La inclusión del ocio/tiempo libre adopta diferentes modalidades dependiendo fundamentalmente de la tipología del programa. Los programas de ocio alternativo se basan en la *oferta de actividades* realizadas en espacios y horarios de ocio; las actividades que se incorporan pueden ser deportivas, artísticas, culturales, eventos especiales, talleres o cursos de iniciación, etc. Tenemos poca evidencia que nos indique la eficacia de estos programas; son necesarias más evaluaciones sistemáticas (Martín y Moncada, 2003; Schaps, 1981; Tobler et al., 2000). Los resultados de la evaluación de programas de ocio alternativo no son nada alentadores. Por una parte, no parecen indicar cambios en los consumos a corto plazo y, por otra, no consiguen atraer a los jóvenes en mayor situación de riesgo (Martín y Moncada, 2003; Calafat, Fernández, Juan, Becoña y Gil, 2004). El interés de este enfoque no debe ser infravalorado y debe considerarse parte de una propuesta de prevención más amplia que incluya otras estrategias con efectividad probada (Fernández y Secades, 2003); no debemos olvidar que actúan en el ámbito de prevención ya que reducen el tiempo que los adolescentes y jóvenes están en contextos de riesgo, y promueven un uso saludable del tiempo libre.

Por otra parte, los programas de prevención pueden incluir el ocio/tiempo libre como parte de dicha propuesta; la diferencia esencial entre este tipo de programas y los programas de ocio alternativo se basa en el lugar de implementación —escuela fundamentalmente versus espacios de ocio— y el tratamiento —trabajo en el aula versus oferta de actividades—. Ambos tipos de programas no deben considerarse incompatibles, sino más bien opciones que pueden ser complementarias. De hecho, las alternativas de ocio, a veces, se presentan como un componente dentro de una propuesta de prevención global. El tratamiento que recibe el ocio/tiempo libre en los programas de prevención vendría definido por:

- Se plantea como una unidad didáctica y/o sesión con identidad propia, con distintas denominaciones: «María se divierte», «tiempo libre», «ocio», o «el tiempo de ocio» o como actividades integradas en el conjunto del proyecto.
- Los objetivos que se plantean en relación con esta temática podrían ser agrupados en:
 - a) Analizar y valorar los patrones de ocupación del tiempo libre.
 - b) Conocer y promover alternativas de ocio saludable.
 - c) Desarrollar estrategias ante la presión de grupo en contextos de ocio.
- Para la consecución de estos objetivos se plantean propuestas de actividades que, a través de una metodología activa y participativa, fomentan la reflexión sobre las vivencias personales, muy contextualizadas en las conductas de los jóvenes y adolescentes. Algunos ejemplos de estas actividades son las siguientes:
 - Identificar las actividades que ocupan su tiempo libre. Descripción y valoración.
 - Valorar las exigencias requeridas a las actividades de ocio (diversión, salud, dinero, etc.).

- Indagar acerca de alternativas de ocio existentes y proponer nuevas ocupaciones del tiempo libre.
- *Role-playing* y/o comentario de un texto referente a una situación en la que un joven se siente presionado a consumir alguna sustancia en un contexto de ocio.

CUADRO 20.6

Tipo de evaluación de los programas de prevención universal contenidos en la base de datos EDDRA

Tipología programas de prevención	Total
Evaluación de proceso	6
Evaluación de resultados	6
Evaluación de proceso y resultados	6
Evaluación de resultados e impacto	1
Evaluación de la planificación, proceso, resultados e impacto	1
Total	20

Finalmente, en relación con la evaluación (véase el cuadro 20.6), hemos de señalar que la totalidad de los programas analizados han sido evaluados. No obstante, solamente uno (5 por 100), el denominado *Talleres Bebidas Saludables* (TBS), ha sido evaluado de forma completa, es decir, cuenta con una evaluación de la planificación, del proceso, de los resultados y del impacto. Del resto de programas, seis (30 por 100) cuentan con evaluación de proceso, seis (30 por 100) con evaluación de resultados, seis (30 por 100) con evaluación de proceso y resultados y uno (5 por 100) con evaluación de resultados e impacto.

Sin lugar a dudas, la evaluación de resultados constituye el elemento clave de la evaluación de programas de prevención (Alvira, 2000). Sin embargo, este tipo de evaluación a menudo es ignorado por los tecnólogos de la prevención del consumo de drogas (Espada et al., 2003). Así, en la revisión que hemos realizado, tan sólo ocho de los 20 programas revisados contaban con una evaluación de resultados que valoraba bien la dis-

minución de la incidencia del consumo de alcohol u otras drogas, bien el retraso en la edad de inicio en el consumo, bien ambas cuestiones.

El ocio es un aspecto fundamental en la vida de los adolescentes y jóvenes que desde la prevención no debe ser descuidado. No obstante, es necesario dirigir más esfuerzos a investigar la eficacia de las propuestas sobre estas temáticas incluidas en los programas preventivos, que permitan identificar qué actividades y qué programas se constituyen en evidencias científicas. Por eso defendemos y apostamos por seguir incorporándolo, aunque a la luz de los datos obtenidos, nos gustaría llamar la atención sobre algunos aspectos a considerar.

En primer lugar, es necesaria la potenciación de estrategias y habilidades dirigidas a una adecuada gestión de la vida recreativa, y que aborden aspectos tales como la presión de grupo, la actitud crítica frente al modelo de ocio consumista actual, la evaluación de las consecuencias ante la elección de las actividades para ocupar el tiempo libre...

En segundo lugar, se plantea la necesidad de ofrecerles posibilidades o alternativas que cumplan el requisito de experimentar la diversión sin llevar asociado el consumo de drogas y que les permitan descubrir o desarrollar aficiones saludables. Para que tengan éxito es imprescindible realizar un análisis de la realidad sólido y contar con la participación de los jóvenes en el diseño de dichas oportunidades para conseguir dar respuesta a sus necesidades e intereses, apuntando hacia aquellas que garanticen el logro de una de las características del ocio que hemos planteado al inicio: la diversión, el placer.

En tercer lugar, consideramos que los programas de ocio alternativo deben ser una medida utilizada en programas de prevención más amplios, con continuidad y siempre próximos al contexto al que van dirigidos; la accesibilidad es otro de los elementos que debemos tener en cuenta.

Por último, quizá sea necesario plantear estrategias específicas que permitan aproximar las propuestas planteadas a sectores de adolescentes y jóvenes más vulnerables, definiendo actuaciones complementarias según su caracterización.

Programas de prevención de las adicciones comportamentales basados en la evidencia

21

CAROLINA TINAUT MENDIETA

1. ¿QUÉ SON LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES?

1.1. Adentrándonos en su significado

Abuso, dependencia, adicción y otros muchos conceptos son los utilizados para hablar de un fenómeno que cada vez está más presente en nuestras vidas y que vamos a intentar comprender antes de explicar cómo prevenirlo.

Aunque no están contempladas en ninguna categoría diagnóstica oficial, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o la *Clasificación internacional de las enfermedades*, exceptuando al juego patológico, podríamos decir que las adicciones comportamentales se diferencian en primer lugar de las adicciones de tipo químico en que no es necesaria la ingesta de ninguna sustancia o droga para que se produzca la adicción y la sintomatología asociada a ella.

Y si no es por la ingesta de ninguna sustancia, ¿por qué se producen? El inicio de este tipo de adicciones está asociado a varios factores, como pueden ser la vulnerabilidad psicológica de la persona, el carácter gratificante inicial al realizar la conducta adictiva y la presión social asociada.

Partiendo de la base de que cuantas más aficciones tenemos, más felices nos sentimos, pensemos qué ocurriría si una persona no tiene intereses o no se siente capaz de realizar ciertas actividades. Cuando las personas se sienten frustradas en una o varias facetas y se centran en una

sola, el riesgo de adicción es mayor, y lo que al inicio era una afición gratificante se convertirá en una obligación que haremos para no sentirnos mal (Alonso-Fernández, 1996).

Este tipo de adicciones suelen ser consecuencia de ciertos estados emocionales y variables de personalidad, como impulsividad, autoestima baja, búsqueda de sensaciones, baja tolerancia a la frustración, carencia de afecto y red de relaciones sociales y familiares pobre, así como por la importancia de la recompensa inmediata en la realización de la conducta adictiva o de su refuerzo intermitente (el más poderoso para el mantenimiento de una conducta).

Dicho esto, podemos llegar a la conclusión de que una persona con un estilo de vida ordenado, con relaciones sociales satisfactorias que le reporten afecto, con aficciones variadas, con capacidad de cambio para adecuarse a las nuevas situaciones que se le presenten, con habilidades psicológicas de afrontamiento y con tolerancia a la frustración, entre otras características, será difícil que en algún momento necesite tratamiento por conductas adictivas ya que no presenta, en principio, vulnerabilidad psicológica.

Hasta aquí hemos visto que las adicciones comportamentales son aquellas en las que la persona con cierta vulnerabilidad psicológica o que atraviesa una situación emocional que la hace más sensible realiza una serie de conductas en exceso y de manera descontrolada, por sentir el efecto gratificante inmediato a su ejecución, que

sin embargo y poco a poco dejan de reportarle bienestar, de modo que simplemente las pone en práctica para no sentir malestar.

Los elementos diagnósticos esenciales de las adicciones son la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales (Echeburúa, 1999; Griffiths, 2000; Washton y Boundy, 1991).

Así pues, una persona dependiente de alguna conducta sentirá el deseo incontrolable de realizarla y la tensión previa a su ejecución, no podrá frenar su conducta (*craving* o deseo irremediable) y sentirá alivio si la ha llevado a cabo o irritabilidad si por el contrario no ha podido. Estas situaciones le conducirán a un deterioro de sus relaciones sociales, que irá dejando de lado para dedicar cada vez más tiempo a la realización de la conducta adictiva, lo que puede desembocar en la pérdida de amigos, familiares y parejas e incluso el despido laboral por absentismo o por no cumplir como antes con las funciones derivadas de su puesto de trabajo; en algunos casos la persona adicta puede llegar a arruinarse económicamente, endeudarse y/o tener problemas legales.

Llegados a este punto, podemos construir una definición de adicción comportamental sintetizando lo anterior para a partir de aquí ir haciendo un análisis más detallado de los subtipos existentes.

Una persona tendrá una adicción comportamental si, debido a su vulnerabilidad psicológica o estado emocional, comienza a realizar una actividad, en su inicio satisfactoria, de manera compulsiva y sin poder evitarlo, para no experimentar malestar; si siente irritabilidad cuando no es capaz de llevarla a cabo; si esta conducta provoca un deterioro de sus relaciones sociales, familiares, laborales y económicas e incluso le puede acarrear problemas legales, y si experimenta síntomas similares a los de las adicciones de tipo químico.

1.2. Síntomas principales

En las adicciones de las que trata este capítulo se experimenta diversa sintomatología, como puede ser: tolerancia, abstinencia, negación, ocul-

tación del problema, sentimiento de culpa, disminución de la autoestima y riesgo de recaída.

Por tolerancia se entiende la necesidad de aumentar el tiempo o la frecuencia con la que se realiza la conducta para experimentar al menos la misma gratificación que al inicio, es decir, una persona con adicción a Internet, por ejemplo, necesitará conectarse durante mayor tiempo o más a menudo a la red para sentir el mismo bienestar que al inicio. En este tipo de adicciones también se experimentan síntomas de abstinencia como siempre se han entendido, entre los que cabe destacar irritabilidad, alteraciones del sueño, modificación del estado de ánimo e incluso en algunos casos agitación psicomotriz.

La negación y la ocultación del problema presentan grandes barreras a la hora de diagnosticar a un paciente con alguna adicción comportamental. Normalmente el motivo de consulta no suele ser directamente algún tipo de adicción sino otro tipo de problemas que poco a poco se va viendo que son producto de la conducta adictiva.

Hace varios meses acudí a mi consulta un hombre de 45 años de edad, muy bien situado profesional y económicamente, con la queja de que su mujer le acusaba de no llevar orden en sus finanzas, razón por la cual discutían mucho, lo que se traducía en insomnio y dolores de estómago. Tras entrevistarme con él y posteriormente con su mujer, salió a la luz que mi paciente era adicto al sexo y ese descontrol económico del que su mujer se quejaba procedía del pago a diversos prostíbulos varias veces por semana, de modo que el problema era diferente del que él había expuesto al inicio. ¿Por qué mentiría a su propia psicóloga?, ¿olvidé comentarle, ya que nunca había ido a un psicólogo, que nosotros no juzgamos y que mantenemos el secreto profesional? No, de ninguna manera, pero, como dije anteriormente, otra característica típica de estas adicciones es el sentimiento de culpa, y en efecto mi paciente lo experimentaba, así como la vergüenza de estar haciendo algo que tanto él como su mujer consideraban negativo y de no poder evitarlo.

Durante el tiempo que duró la terapia, mi paciente me comentó que no había pedido anterior-

mente ayuda profesional pero que sí lo había intentado afrontar solo en alguna ocasión, aunque había recaído siempre, y cada vez con mayor intensidad, por lo que se sentía frustrado. La disminución de la autoestima es frecuentemente una consecuencia asociada a las recaídas, ya que la persona pone toda su energía en ese propósito y, si no tiene tolerancia a la frustración, en lugar de aprender de estas situaciones, si se producen, se siente desolada y decepcionada consigo misma y con los de su alrededor. Es de gran importancia enseñar a nuestros pacientes el valor educativo de las recaídas y las estrategias de afrontamiento que eviten que éstas se produzcan.

Retomando los efectos perjudiciales de las adicciones, éste superó su problema, tras numerosas recaídas; pero todo en la vida tiene un coste, y el suyo fue un divorcio, ya que su mujer no fue capaz de soportar lo que había supuesto en sus vidas la adicción de su marido.

1.3. Tipos de adicciones

A lo largo de este capítulo vamos a hablar sobre adicción a Internet, a los videojuegos, a los teléfonos móviles, a las compras, al trabajo, al sexo, al ejercicio físico y al juego.

Veremos que existen puntos comunes entre todas las adicciones de tipo comportamental que trataremos, diferenciándose básicamente en la conducta adictiva realizada y en algunas medidas preventivas específicas para cada una de ellas.

Puesto que ya hemos visto que en principio no es fácil que cualquier persona se vuelva adicta, y que ello dependerá de ciertas características de la personalidad del individuo, y sabiendo que existen puntos en común entre las diversas adicciones, no sería descabellado pensar que una persona adicta a algo pudiera serlo a otras cosas también. En muchas ocasiones se habla de personalidad adictiva, término que me parece muy apropiado teniendo en cuenta todo lo que estamos diciendo. ¿Esto quiere decir que una persona con «personalidad adictiva» siempre va a ser adicta a algo? Afortunadamente, ya que por mi

profesión creo que el cambio es posible, puedo decir que no, que será más vulnerable y tendrá mayor riesgo de recaída pero que con una buena ayuda profesional, y un aprendizaje de herramientas de afrontamiento ante las posibles recaídas, esta persona podrá llevar una vida lo más estable posible y será capaz de generalizar lo que haya aprendido en su terapia personal para enfrentarse a todas las potenciales fuentes adictivas que se le puedan presentar.

A partir de aquí voy a tratar de hacer una exposición lo más detallada posible de los tratamientos preventivos que están destacando por su éxito y que podremos utilizar como medio para evitar que estas personas con mayor vulnerabilidad psicológica recaigan una y otra vez.

2. UN PROBLEMA ACTUAL: LA ADICCIÓN A INTERNET, A LOS VIDEOJUEGOS Y AL TELÉFONO MÓVIL

2.1. ¿Son nuestras enemigas las nuevas tecnologías?

Seguro que en alguna ocasión nos hemos preguntado el motivo del boom que se está produciendo en los medios de comunicación en cuanto a las posibles adicciones a las TIC. ¿Es una moda?, ¿no existía hace años este problema?, ¿y por qué ahora? La respuesta es sencilla... Pensemos en cuántos ordenadores tenemos en casa, ahora sumemos la cantidad de teléfonos móviles que ocupan espacio en nuestros cajones y añadamos alguna videoconsola que podamos tener. Si pensamos en nuestro círculo de amigos, compañeros y familia más cercano y realizamos la misma operación, es muy probable que pudiéramos montar una tienda, aunque pequeña, de aparatos electrónicos de este tipo. ¿Y nos sigue extrañando que algunas personas hablen de adicciones a las nuevas tecnologías? Pues si es así, sigamos sumando factores. Antes sólo con los ordenadores se podía acceder a Internet y en general con un cable de conexión telefónica, y en cambio ahora se puede conectar quien quiera casi en cualquier

lugar gracias a la tecnología WI-FI y sin necesidad de un ordenador, ya que desde la mayoría de los teléfonos móviles y recientemente desde los tablets, por una módica cuota mensual, tenemos tarifa plana asegurada a gran velocidad.

¿Y qué me decís de las personas que antes leían en el transporte público de camino al trabajo? Algunos lo siguen haciendo de manera tradicional, otros han colocado en sus estanterías los libros de papel y se han pasado a los e-books, pero muchos de ellos han abandonado la lectura por el teléfono móvil, sea como medio de juego (tipo videoconsola) o como medio de comunicación, ya que al haber ahora cobertura telefónica y 3G para conexión a Internet hasta en la red de metro, podrán estar mandando, de manera casi compulsiva, mensajes instantáneos con el famoso *Whats App*, tan extendido hoy en día que provocaría extrañeza reconocer no saber lo que es.

Para poder prevenir un problema, primero hay que darse cuenta de que lo es, y para ello hay que entenderlo. ¿Por qué es para muchos un problema este cambio social que se ha producido y que tiene como resultado que estemos inmersos en la tecnología?, ¿han cambiado nuestros hábitos sociales?, ¿acaso preferimos chatear con nuestros amigos antes que charlar cara a cara con ellos?, si son tan negativas las tecnologías, ¿por qué es un sector que mueve tanto dinero y en el que se invierten tantos recursos para su desarrollo?

Como decía Aristóteles en su *Moral a Nicómaco*, la virtud está en el medio, lo que implica que todo en exceso puede llegar a convertirse en algo negativo. Por ejemplo, ¿consideramos perjudicial para un niño que utilice Internet para hacer los deberes?, ¿y aquel niño en edad escolar que prefiera chatear con su amigo de la casa de enfrente a bajar a jugar con la pelota? No hace falta que explique por qué son situaciones completamente diferentes.

Internet y las nuevas tecnologías en general ofrecen muchísimas ventajas. Gracias a Internet podemos ampliar nuestro conocimiento sin tener que movernos de nuestra casa, lo que adquiere todavía mayor importancia si no podemos salir

de ella sea por el motivo que sea. Podemos hablar con nuestros familiares de otra parte del mundo todos los días sin tener que gastar dinero, lo que facilita la comunicación tanto oral, con programas especiales, como escrita, a través de las redes sociales, hacer la compra si no tenemos tiempo para ir al supermercado, reservar billetes de avión, ver en tiempo real, gracias a cámaras instaladas en ciertos puntos geográficos, otras partes del mundo y soñar con que algún día iremos nosotros, hacer operaciones bancarias y casi todo aquello que podamos imaginar.

Con los videojuegos ocurre algo parecido. Gracias a ellos podemos desarrollar diferentes habilidades, como la concentración en juegos de estrategia, la visión espacial en aquellos de plataforma, el trabajo cooperativo en los juegos en red y la motricidad manual, entre otras, al tener que pulsar varios botones de manera simultánea y a gran velocidad.

Los teléfonos móviles se crearon en un inicio para poder llevar con nosotros un sistema de comunicación portátil que nos permitiera estar siempre localizados. Posteriormente se han ido modernizando permitiendo mandar primero mensajes de texto SMS, luego mensajes multimedia MMS, para en la última década, ya convertidos en una mezcla entre videoconsola y ordenador, incorporar juegos, cámara de foto y vídeo, Internet e incluso, con la llegada de los Smartphones, las aplicaciones variadas e inagotables (APPS) que día tras día siguen sorprendiéndonos (desde una agenda para aquellas personas que necesitan llevar todo apuntado y ordenado hasta planificadores de boda, niveles de arquitecto, linternas y muchas otras más). Con todo lo que nos ofrecen, ¿cómo pueden ser perjudiciales para algunas personas? Esta tecnología nos permite acercarnos a lo lejano y acceder a aquello que queremos descubrir y conocer; luego todo aquello que nos hace crecer como personas no puede, en principio, ser negativo, ¿verdad?

El problema no viene unido a la tecnología y a su avance sino al uso, o en este caso mal uso, que hacemos de ella, pues podemos convertir unas herramientas positivas en nuestras enemigas

si no sabemos controlarlas y utilizarlas adecuadamente.

La adicción a Internet (IAD), a los videojuegos y a los teléfonos móviles está preocupando mucho tanto a diversos organismos de tipo educativo (colegios, institutos, Ministerio de Educación) como a otras instituciones (Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y de otras, fundaciones privadas, noticiarios, etc.) y a las familias con hijos pequeños y adolescentes en mayor medida.

Uno de los programas preventivos más completos, desde mi punto de vista, es la *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, videojuegos y móviles* realizado por Obra social Caja Madrid, el Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y la Fundación Gaudium (para más información, consultar la bibliografía).

Partiendo de los datos del INJUVE obtenidos en el estudio realizado en 2009, el 96 por 100 de los jóvenes españoles se conecta habitualmente a Internet. En jóvenes comprendidos entre los 12 y los 18 años, se trata del 67 por 100, de los cuales el 63,8 por 100 utiliza todos los días la videoconsola. Además, más del 90 por 100 de los jóvenes entre 12 y 24 años utiliza diariamente el teléfono móvil para diferentes usos. Otros estudios, como el llevado a cabo por el Instituto de Adicciones de Madrid, muestra datos que no dejan de llamar la atención, como que el 13,5 por 100 de los jóvenes madrileños presente un uso problemático de alguna tecnología de la información o que el 13 por 100 no podría renunciar a su teléfono móvil. El estudio realizado por la Comisión Europea *Safer Internet for Children*, con muestras de 29 países y el *EU Kids Online II*, con 25 países europeos participantes, sobre el uso de Internet aportan resultados en la misma línea, hecho que resalta la necesidad de recurrir a la prevención como medida antes que a la intervención.

Teniendo en cuenta estos datos en cierto modo alarmantes, la guía citada con antelación propone medidas preventivas para que las pongamos en marcha los adultos con niños en casa o todos aquellos que de alguna manera nos dedicamos a la enseñanza.

Programa de prevención para padres y educadores basado en la Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, videojuegos y móviles realizado por Obra social Caja Madrid, Fundación Gaudium y Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid

Se entiende por prevención una serie de medidas dirigidas a evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y de la comunidad. Implica actuar para que un problema no aparezca o, si ya lo ha hecho, para paliar sus efectos.

En cuanto a los niveles de prevención, tenemos la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

La prevención primaria es aquella que, en el tema que nos ocupa, sería interesante poner en marcha en todos los ámbitos posibles para evitar la implantación del problema, ya que se lleva a cabo antes de éste aparezca, contemplando todos los factores asociados a él y trabajando con ellos. Se trata de elaborar programas para la población en general y para aquellos grupos con mayor vulnerabilidad (por ejemplo, la elaboración de programas preventivos de la adicción a Internet adaptados a los padres con hijos de edades comprendidas en la franja de mayor riesgo, es decir, adolescencia y juventud).

La prevención secundaria se centra en intentar erradicar por completo o paliar problemas que ya existen en sus etapas iniciales (por ejemplo, en un colectivo en el que la adicción a Internet ya existe, educar en la necesidad del uso responsable y explicar las posibles complicaciones derivadas del abuso para que perciban sus efectos negativos y traten de afrontar el problema). En cuanto al hecho de intentar terminar con el problema, una de las complicaciones que más nos encontramos los psicólogos a la hora de tratar a un paciente con adicción a Internet o incluso con otro tipo de adicción comportamental es que el objetivo no es abandonar totalmente la conducta sino controlarla, lo que implica mayor tasa de recaída al seguir en contacto con la conducta problema.

Cuando una persona pide ayuda porque no es capaz de dejar de estar delante de una pantalla, nuestro objetivo no será que no vuelva a utilizar un ordenador sino que sea una más de todas las actividades que realiza, no la única.

La prevención terciaria es aquella que actúa cuando no hemos sido capaces de evitar que el problema aparezca o se desarrolle, bien porque no nos dimos cuenta de su existencia hasta que alcanzó niveles de gravedad, bien porque no estábamos preparados para actuar. Su objetivo es frenar su desarrollo y consecuencias.

Es de gran importancia una prevención social global que no se base sólo en información sino que nos enseñen desde niños a tener un pensamiento crítico, habilidades sociales y habilidades de resolución de problemas y a ser capaces de aceptar valores, normas y los límites que en los diferentes ambientes se consideren apropiados.

Muchos de los problemas derivados del uso abusivo de las tecnologías se podrían haber evitado si las familias hubieran tenido en cuenta ciertos aspectos de tipo educativo pero, asimismo, si estos padres hubieran recibido la formación necesaria para poder transmitirla con éxito. Hoy en día la prevención familiar se basa en:

- Transmisión de valores mediante el modelado como medio de ejemplo, es decir, si estamos diciendo a nuestro hijo que sea honesto, habrá que demostrarle con hechos que nosotros también lo somos.
- Nunca jugar con los afectos. Jamás decir «si no haces lo que te estoy pidiendo entonces no te querré igual» porque de esta manera enseñamos que el amor es un consecuente, no que es incondicional a todo.
- Fomentar la comunicación, la confianza y la sinceridad. Ésta será nuestra gran arma ya que personas educadas en la comunicación, en la comprensión y en la sinceridad, ante situaciones que se les escapan de las manos, tenderán a pedir ayuda con mayor facilidad que otras que han sido educadas en familias en las que no se trataba de comprender la postura del otro y se casti-

gaba sin más aquello que no parecía bien en lugar de dialogar.

- Dedicar momentos de calidad a nuestros hijos, es decir, si por los horarios de trabajo es difícil dedicar todo el tiempo que querríamos a nuestros hijos, al menos ser conscientes de que los diez minutos que les vamos a ver por la noche son importantísimos, ya que no sólo interiorizarán lo que les digamos, sino también cómo lo hagamos. Si estamos preguntándole qué tal le fue en el colegio mientras bostezamos o miramos las noticias, el mensaje con el que se quedará será que ni siquiera le dedican diez minutos y no se dará cuenta de que el trabajar tanto obedece a nuestro deseo de darle todo lo mejor que podamos.
- El establecimiento de límites y normas. Cuando una persona tiene límites claros, se siente más segura porque sabe qué puede hacer y hasta dónde puede llegar. Asimismo, en cuanto a las tecnologías, debemos explicarles a nuestros hijos los beneficios de éstas pero también los riesgos que corren. Enseñarles a utilizarlas de manera razonable, tanto en frecuencia como en tiempo y contenidos, desde que son pequeños ayudará a prevenir un futuro uso perjudicial. Estableceremos tiempos de uso de Internet y de las videoconsolas y no las utilizaremos como chantaje emocional ni como refuerzo con el fin de que no adquieran más valor del que tienen, es decir, ante un «hago los deberes si me dejas jugar a la consola», nuestra respuesta apropiada sería «no, haces los deberes, y después, si te da tiempo, juegas a la consola». Es importante destacar que los límites son necesarios pero que a medida que nuestros hijos vayan creciendo se irán modificando en función de las necesidades y por acuerdo familiar para que no sean excesivamente rígidos, ya que entonces provocarían el mismo efecto negativo que la falta de límites.
- Ver contenidos tanto en Internet como en televisión y otros medios con nuestros hi-

jos, es una estrategia muy útil, ya que de esta manera los padres podrán controlar qué ven y explicarles aquellos contenidos que, pudiendo no ser los adecuados por la edad de los niños, podrían reducir sus efectos perjudiciales con una buena argumentación. Aprovecho para recordar, en lo referente a los contenidos, que existe la posibilidad de activar filtros parentales en los ordenadores y videoconsolas de última generación para evitar que cuando no estemos con ellos accedan a contenidos no adecuados para menores, jueguen a videojuegos no aptos para su edad o mantengan conversaciones con desconocidos.

2.2. Cuando se atraviesa la línea del equilibrio y comienza el uso problemático: sintomatología de alerta

Si nuestro hijo lleva a cabo sus obligaciones escolares, hace los deberes, pone la mesa o colabora en aquello que se le haya asignado en casa, si juega con normalidad como siempre y utiliza Internet y los videojuegos de manera lúdica, no tenemos ningún problema. No podemos pretender que no juegue con videoconsolas ni que nunca utilice Internet, ya que forman parte de su generación y de su cultura y sería contraproducente prohibirle que disfrutase de todas sus facetas.

Hasta ahora me había centrado en la prevención primaria, aquella que, como he explicado, se realiza antes de que se presente el problema, en este caso en educar y modificar esquemas y valores en nuestros hijos; pero también podría ocurrir que la persona que padezca esta adicción sea un adulto. Tanto niños como jóvenes y adultos comenzarían a manifestar un uso problemático de estas tecnologías si por utilizarlas dejaran de lado sus obligaciones y eso empezará a afectar a su cotidianidad.

Poniendo un ejemplo diferente: un adulto que no hiciera otra cosa que utilizar Internet poco a poco dejaría de relacionarse con sus amigos por que preferiría estar conectado, quizá comenzaría

a llegar tarde a trabajar o lo haría en hora pero se conectaría desde su puesto, lo que le ocasionaría problemas que podrían llevarle incluso a perder su empleo. Si además esta persona compartiera su vida emocional, ¿quién iba a soportar que su pareja pasara más tiempo con una pantalla que con nosotros?

Es importante que desde la prevención se enseñe a identificar las señales del mal uso de las tecnologías para que, si creemos que alguien de nuestro entorno cercano puede estar en el inicio de una adicción comportamental, pidamos ayuda y evitemos que el problema vaya a más.

Los signos más relevantes que nos permitirán detectar un problema de este tipo son: aumento de tiempo o de frecuencia de utilización para obtener el efecto deseado (tolerancia), abandono de otras actividades, autoengaño y manipulación de los demás, negación y mentiras. A medida que el problema se agrava la actividad no se realiza por disfrute sino para aliviar el malestar ocasionado si no se afectúa; además se produce una pérdida de control y uso compulsivo, cambios de comportamiento de tipo emocional, hábitos y rutinas y, por último, síndrome de abstinencia, con el malestar emocional y los efectos que lleva asociado (insomnio, estado de ánimo disfórico, irritabilidad, agitación psicomotriz, etc.). En definitiva, a medida que aumenta la exposición a Internet, la persona lo necesita cada vez más para paliar su estado emocional negativo. Pensamos que estamos conectados cuando en realidad nos estamos desconectando de la vida poco a poco mientras ésta pasa por detrás de la pantalla.

La mayoría de los programas preventivos del uso abusivo de Internet, móviles y videojuegos se centran en la información, la educación en valores, la dotación de herramientas psicológicas y la modificación de esquemas cognitivos si fuera necesario.

2.3. Factores de riesgo

Remito al lector al epígrafe «Tipos de adicciones» para retomar el significado de «personali-

dad adictiva» y recalcar de nuevo que no todas las personas están igual de predispuestas al desarrollo de una adicción sino que ello dependerá de diversos factores, que llamaremos a partir de ahora «factores de riesgo».

Los factores de riesgo pueden ser personales, familiares y sociales. Cada uno de ellos ejercerá un efecto y tendrá una importancia diferente dependiendo de la etapa por la que esté pasando la persona que presenta el problema.

Los de tipo personal englobarían aquellos relacionados con características de la personalidad y que se ha demostrado que aumentan la propensión a desarrollar una adicción, tales como la impulsividad, la disforia, la intolerancia a la frustración, la búsqueda de nuevas sensaciones y la falta de capacidad para afrontar de manera adecuada los problemas.

Los de tipo familiar son igualmente importantes, ya que si en nuestra familia nos enseñan unas pautas de comportamiento adecuadas socialmente, es decir, si se da una socialización positiva, es menos probable que podamos desarrollar algún tipo de comportamiento adictivo. Lo aprendido en la infancia «marca» pero no determina, lo que quiere decir que personas que no han tenido la oportunidad de disfrutar de una familia como tradicionalmente se entiende no tienen por qué estar más predispuestas a desarrollar algún comportamiento negativo; a veces la socialización familiar se puede inculcar en un orfanato o en otros lugares en los que difícilmente pensaríamos que pudiera darse si las personas que nos rodean ejercen roles familiares creando el tan necesario apego con nosotros.

Los factores de riesgo sociales son hoy en día los más potentes aunque no por ello los más importantes. A través de los medios de comunicación se puede manipular la manera de pensar de algunas personas que, ya sea por su edad, por su situación de vulnerabilidad psicológica o por otros motivos, no son capaces de escuchar lo que se les dice con cautela. Debemos fomentar tanto en niños como en adultos el pensamiento crítico, es decir, no creernos todo lo que escuchamos sin más, sino después de haberlo pensado y evalua-

do. En muchas ocasiones, en familias en las que ambos padres trabajan muchas horas, éstos, al regresar, están tan cansados que con tal de que no les molesten sus hijos permiten ciertas conductas que no son buenas para ellos, como jugar a la videoconsola muchas horas o ver la televisión indiscriminadamente, sin tener en cuenta que no todos los contenidos son adecuados para todas las edades. Es muy importante enseñarles desde pequeños a relativizar la información que les llega, ya que ésta es mucha y constante, y si no sabemos descartar la que no nos sirve, la que nos puede perjudicar, y quedarnos con aquella que nos ayuda a crecer, estaremos perdidos y seremos vulnerables a todo tipo de manipulaciones.

2.4. Factores de protección

Así pues, después de haber hablado de ciertas medidas de prevención en el entorno familiar, de signos que nos tienen que encender la alarma para pedir ayuda en el inicio del problema y de ciertos factores de riesgo que pueden alentar la instauración de la adicción, finalizamos el área de nuevas tecnologías con algunas otras medidas preventivas, como son los llamados «factores de protección».

Los factores de protección son aquellas medidas que ayudan a prevenir y minimizar los riesgos que implican Internet, los videojuegos y la telefonía móvil, así como otras tecnologías de nueva generación, y que debemos potenciar siempre que nos sea posible.

Como comenté previamente, las etapas más importantes de la persona son aquellas que se dan fundamentalmente entre la infancia, la adolescencia y la juventud, momentos en los que forjan su personalidad y aprenden formas de relación con los demás que les marcarán en gran medida en sus futuras relaciones sociales incluso en la edad adulta. Una buena prevención será la enseñanza de habilidades sociales como la asertividad, saber decir no, la aceptación de críticas, saber hacer y rechazar peticiones y cumplidos, iniciar, mantener y finalizar conversaciones, ex-

presar opiniones personales y defender los propios derechos, disculparse, solucionar problemas mediante la comunicación, etc.

Es importante fortalecer la autoestima de nuestros hijos ayudando a que se conozcan, apoyándoles en sus decisiones, reforzando todo aquello que realizan de manera adecuada y enseñándoles a rectificar sus errores pero nunca achacándolos a rasgos personales suyos (jamás decir «lo has hecho mal porque eres tonto»). Si potenciamos una idea ajustada y positiva sobre sí mismos, evitaremos problemas psicológicos en la adultez relacionados con la sensación de la propia valía («no valgo para nada porque me han despedido del trabajo» versus «quizá no estaba preparado del todo para este trabajo, pero para otros muchos sí»). Si creemos en ellos, ellos creerán en sí mismos. Es importante ir poco a poco dándoles la autonomía que les corresponde por edad y adjudicándoles ciertas responsabilidades acordes con sus posibilidades para que así se sientan útiles y capacitados.

El tema de la asertividad es uno de los más importantes ya que implica conocer y defender los derechos de los demás pero también los nuestros para no hacerles daño, pero siempre respetándonos nosotros mismos. Una persona asertiva no será tan vulnerable porque sabrá qué necesita cómo conseguirlo y se hará respetar, aceptando las opciones personales diferentes sin dejarse influir. Enseñar asertividad es fundamentalmente ponerla en práctica con quien queramos que la aprenda, demostrándole que sus sentimientos también son importantes y válidos aunque no coincidan con los nuestros, enseñándole a escuchar y a establecer límites, a negociar y dialogar para resolver problemas, etc. Es inviable querer que nuestros hijos aprendan un estilo comunicativo si nosotros no lo ponemos en práctica. ¿Habéis escuchado alguna vez a alguna madre o padre gritándole a su hijo «¡Que te he dicho que no grites!», ¿y a una madre o padre pidiéndole que recoja sus juguetes mientras su mesa de despacho está llena de papeles? El principio de la coherencia es el primero que tenemos que poner en práctica para conseguir la educación que deseamos, al

igual que evitar la ambivalencia entre cuidadores. Respecto a esto último, es esencial acordar entre adultos qué pautas desarrollar para conseguir un objetivo común, en este caso una educación que ayudará a prevenir ciertas conductas nocivas en nuestros hijos.

¿Por qué las pautas de juego han cambiado tanto en las últimas décadas?, ¿prefieren los niños jugar al fútbol en la calle o con la videoconsola?

Son muchos los factores que han hecho variar las pautas de juego; algunos, como la inseguridad que hoy en día existe en las calles, propician que los padres prefieran que sus hijos estén en casa más que en la calle; otros tienen que ver el poco tiempo de que disponen los padres para pasear por el parque con sus hijos, el vertiginoso ritmo de las ciudades, etc. Dar opciones es dar libertad. Si mostramos y potenciamos diferentes maneras de diversión estaremos enseñando a elegir y a descubrir nuevas opciones de ocio. Esto no es sólo aplicable con niños pequeños, aunque es más fácil pues aún no tienen la autonomía suficiente para decidir ir solos a otro lugar. ¿Por qué no ir a montar en bicicleta en un día soleado?, ¿qué tal una exposición de cómics o cuentos si les gustan?, ¿y un concierto de música?, ¿y jugar a los videojuegos pero en familia? Algunas de las nuevas videoconsolas ya vienen preparadas para juegos en grupo y potencian el entretenimiento sin la necesidad de hacerlo de manera individual. Divertirse con los videojuegos no tiene por qué presentar un problema si no es la única ocupación, si hacerlo no resta tiempo a otras actividades importantes y si se hace de forma lúdica.

Otras medidas relativamente sencillas que podemos adoptar para evitar el inicio de un problema con las tecnologías son:

- Colocar el ordenador en una zona común para poder controlar de manera indirecta tanto el tiempo de conexión como el contenido visualizado.
- Navegar por Internet de vez en cuando con nuestros hijos para conocer sus gustos y fomentar la confianza.
- Utilizar filtros parentales.

- Enseñarles a no dar información privada a través de Internet a nadie.
- Fijar objetivos y tiempo de conexión o de juego antes de comenzar.
- Formarnos informáticamente para poder estar al día y de esta manera enseñar nosotros buenas pautas de actuación y poder establecer límites adecuados.
- En cuanto a los videojuegos, fijarse en el código PEGI o en otros similares si provienen de Estados Unidos, pues nos dan información acerca de la edad a partir de la cual se considera adecuado el juego y de su contenido, de modo que podamos decidir si queremos tenerlo en casa o no.
- No utilizar las tecnologías como recompensa para no otorgarles más valor del que tienen.
- Potenciar los juegos multijugador para poder hacerlo en familia y/o con amigos.
- Educar en el uso del teléfono móvil no sólo en cuanto al gasto se refiere sino en lo referente al establecimiento de límites, como apagar el dispositivo al dormir o en clase.

2.5. En resumen: las nuevas tecnologías

- Las nuevas tecnologías tienen cualidades muy positivas que facilitan ciertos aspectos de nuestras vidas y que debemos conocer.
- No todo el mundo tiene la misma predisposición al desarrollo de una adicción de este tipo, ya que dependerá de ciertos rasgos de la personalidad del individuo y del momento emocional por el que esté atravesando.
- El límite entre uso adecuado y uso problemático se ha rebasado ya cuando la persona dedica tanto tiempo a realizar una actividad que abandona todas las demás y comienza a experimentar sintomatología típica de una adicción, como puede ser la tolerancia, la abstinencia, la ocultación del problema, etc.
- Los programas de prevención tratan de enseñar medidas de protección basadas no sólo en la información sino en la dotación

de herramientas psicológicas, habilidades sociales, asertividad, resolución de problemas, límites y ocio alternativo.

- El número de personas con problemas relacionados con el uso de las tecnologías es bastante elevado, y en su mayor parte son menores y jóvenes, aunque también se detecten casos en adultos, generalmente relacionados con otros tipo de adicciones (adicción a Internet vs. adicción a sexo en Internet, apuestas, compras, etc.).

3. WORKAHOLISM: UNA ADICCIÓN CONSIDERADA DE MANERA POSITIVA

En 1971 Oates creó el término *workaholism* para denominar un tipo de conducta compulsiva y sin control que él mismo experimentaba, y que podía poner en jaque el resto de sus actividades, sus relaciones personales, su salud, felicidad, etc.

Vivimos en una sociedad en la que la valía de las personas se mide por el trabajo que tienen y el estatus económico que éste les confiere. La verdad es que no es culpa nuestra por una parte, aunque por otra sí somos totalmente responsables de ello. Es cierto que los hábitos y las costumbres son poderosos, pero también que si éstos cambian es porque son modificables, por lo que perfectamente podríamos dejar de medir nuestra valía por la profesión que desempeñamos o por el coche que conducimos y empezar a hacerlo por otro tipo de cualidades personales. También es cierto que en esta sociedad, en la que se potencia todo lo contrario, lo que vale es el «tener y no el ser» para casi todo, y es aquí donde radica nuestra responsabilidad. Ya no vale ir a una entrevista de trabajo, decir que llevas 20 años a cargo de la contabilidad de una empresa, que pueden llamar para comprobarlo pero que no tienes título académico: ahora importa el número de diplomas que tienes y de cursos que puedes acreditar, algo que por una parte es una buena medida de control para quien selecciona personal pero por otra alimentan la idea de que la valía personal es el resultado de lo que se tiene.

Unido a todo esto, y sin olvidar los tiempos difíciles en los que vivimos, dejar pasar oportunidades laborales ya no es una opción, y eso contribuye a que los empresarios se puedan permitir presionar para que sus empleados trabajen y produzcan más, sin que éstos ni siquiera piensen en rebelarse porque, como ellos, muchos otros desearían tener trabajo que hacer. También existe en muchas empresas, sobre todo en las grandes y en las multinacionales, la idea implícita de que el ascenso se consigue con el número de horas trabajadas y la implicación incondicional de la persona, hasta el punto de que pueden hacerles trabajar desde casa, por las facilidades que las tecnologías representan en este sentido, factores que no ayudan demasiado a evitar la laboradicción.

Por ello, quien trabaja un número exagerado de horas, abandonando otras actividades, sin dedicar tiempo a su familia y descuidando su salud física y psicológica no es señalado sino premiado por ir emparejados al valor del trabajo grandes refuerzos sociales y económicos. ¿Hemos olvidado que si no hacemos otra cosa que trabajar nos resentiremos física y psicológicamente y tendremos que parar a la fuerza de modo que no podremos continuar con lo que nos ha llevado a la enfermedad o el malestar?, ¿es acaso menos adicto el que se da atracones de trabajo sin parar a comer y sin regresar a casa con su familia que quien pasa 18 horas conectado a Internet?

Como en todas las conductas o comportamientos, éstas dejan de ser algo positivo cuando al realizarlas en exceso abandonamos el resto y ello empieza a afectar a otras áreas de nuestra vida, además de que dejamos de sentir gratificación.

3.1. Síntomas de alarma

Conocer cuáles son las características del inicio de este problema nos ayudará a ponerle remedio o a prevenirlo.

No todos los individuos son propensos a desarrollar un problema de laboradicción. Los estudios que se han realizado sobre características de

la personalidad de estos sujetos suelen relacionar la «personalidad tipo A» con este problema, al margen de que haya variables externas que la alientan, como la sobrecarga en el trabajo, la presión temporal excesiva, etc.

Algunos de los síntomas más relevantes son:

- Le otorgan una enorme importancia al trabajo, más que a ninguna otra cosa.
- Presentan mucha vitalidad y sentido de la competitividad.
- Trabajan más de lo que se les pide e incluso se llevan trabajo a casa aunque no sea necesario. En muchas ocasiones querer sobresalir ante los demás obliga a fijarse metas tan altas que a medio plazo no es posible conseguir, lo que genera sensaciones de fracaso personal e insatisfacción.
- No les resulta fácil trabajar en grupo ya que presentan un déficit en la comunicación interpersonal y les importa sólo su tarea.
- Cuando ocupan un puesto de mando, tienden a cargar a sus subordinados de excesiva responsabilidad y a exigirles mucha productividad en un intento de imponerles su mismo ritmo de trabajo y sin respetar en ocasiones la vida personal y privada de los otros.
- El llamado presentismo, contrario al absentismo, que supone que bajo cualquier situación, incluso de enfermedad, la persona acudirá al trabajo.
- La valoración que tienen de sí mismos dependerá del resultado obtenido, por lo que si consiguen lo que quieren se sentirán realizados y, si no, se resentirá su autoestima.
- En algún momento tanto trabajo les llevará a padecer problemas de salud como estrés y ansiedad, así como afecciones de tipo psicológico y cardiovascular.
- Problemas familiares. El exceso de trabajo ocasionará el abandono de la familia, a la que se dedicará cada vez menos tiempo, y provocará malestar fuera del lugar de trabajo. Se originará una espiral de culpabili-

dad de modo que, hagan lo que hagan y estén donde estén, se sentirán frustrados.

Si consideramos que alguien de nuestro entorno cumple con bastantes de las características expuestas anteriormente, podemos estar ante un posible caso de laboradicción. Ayudar a alguien que presenta esta sintomatología en nuestra empresa será ayudarnos a nosotros mismos ya que, a la larga, su frustración por no alcanzar las metas que se proponga y los problemas de salud y psicológicos que presente recaerán sobre nosotros como compañeros u organización.

3.2. Prevención de la laboradicción

Actualmente los planes de prevención se basan en acciones preventivas en tres ámbitos: acciones individuales, organizacionales y extraorganizacionales. Basándome en el artículo «La adicción al trabajo» (Salanova, Del Líbano, Llorens, Schaufeli y Wilmar), trataré de sintetizar las medidas preventivas más relevantes en la actualidad, siendo consciente de la importancia de la investigación continua, sobre todo en estas adicciones comportamentales que resultan tan polémicas para algunos autores.

Las acciones individuales se basan en mejorar los recursos personales de los laboradictos desde los diferentes niveles de la prevención.

Así pues, desde la prevención primaria se intentará dotar a la persona de habilidades sociales y sobre todo de enseñarles el beneficio de la búsqueda del equilibrio en todas las facetas de su vida, tanto en el área personal como en el trabajo, tiempo libre, descanso, etc., a través de talleres y cursos que muchas organizaciones ponen en marcha periódicamente. Será importante enseñar a resolver problemas de manera adecuada, a relativizar, a gestionar el tiempo y a ser flexible ante las diferentes demandas del entorno.

Si el problema ya ha aparecido y por ello necesitamos medidas preventivas de tipo secundario, el grupo de compañeros será de gran apoyo, ya que moldearán la conducta positiva y le ayu-

darán a fomentar otro tipo de comportamientos. El papel que ejercen los *coach* en las organizaciones puede resultar muy positivo en el acompañamiento y seguimiento de la persona.

Por último, y ante personas con el problema muy arraigado, será necesaria una terapia psicológica para el cambio cognitivo hacia un punto de estabilidad. Ya en algunos lugares, por ejemplo en Estados Unidos, existen grupos como el «Workaholics Anonymous» (www.workaholics-anonymous.org/) que siguen un funcionamiento parecido al de Alcohólicos Anónimos con resultados muy positivos como recurso para afrontar esta adicción.

Las medidas establecidas desde las organizaciones comienzan con la investigación mediante cuestionarios específicos acerca de si existe el problema en la empresa o no. Además de proporcionar ayudas individuales, las medidas que pueden tomar las empresas serán casi las más poderosas por el poder que éstas ejercen sobre el individuo.

Mejorar los horarios y hacerlos compatibles con la vida privada de sus trabajadores, no sobrecargar de trabajo a los empleados, el establecimiento de pausas y el fomento de las vacaciones serán acciones que evitarán o disminuirán las probabilidades de que se desarrolle el problema. No hay que olvidar que todas estas medidas no sólo beneficiarán a los trabajadores sino también a las organizaciones mejorando su clima laboral y la productividad.

Desde la prevención secundaria será necesario realizar una actuación tanto en la cultura como en el clima organizacional para promover cambios en la mentalidad de los empleados, sobre todo en el caso de los nuevos. Es importante que el comportamiento de los directivos sea coherente con lo que se está potenciando y que no se apoyen ni se refuercen en ningún caso las conductas que pudieran ser sospechosas o presentar indicios de laboradicción. Fomentar el trabajo en equipo será una buena forma de propiciar la comunicación y la toma de decisión cooperativa, actitud contraria a la exhibida por las personas que padecen este problema.

Por último, respecto a la prevención terciaria, podemos destacar la institucionalización de los servicios de seguridad y salud ocupacional a partir de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1998) y los Programas de Asistencia al Empleado (PAE), que se centran sobre todo en el tratamiento de los problemas personales que afectan negativamente al desempeño del trabajo.

Las acciones extraorganizacionales van dirigidas hacia la familia del adicto ya que es una de las principales afectadas. El estrés y la ansiedad que la persona con este problema padece recaen sobre su familia, que se siente sola, abandonada y culpable y no sabe qué hacer. Es conveniente en estos casos hacer una terapia de tipo familiar en la que ésta se convierta en la aliada del adicto y le ayude a superar su problema entendiendo previamente en qué consiste. De nuevo en este caso, ayudarle es ayudarnos, pues algunos autores creen incluso que los hijos de personas adictas al trabajo son más proclives a desarrollar el mismo problema, puesto que aprenden ciertas pautas de comportamiento y ciertos valores erróneos (el valor del resultado y no del proceso, la autoeficacia se mide en resultados laborales, el trabajo es lo más importante, etc.) que condicionan sus esquemas cognitivos, que pondrán en marcha en su adultez.

3.3. En resumen: adicción al trabajo

- La adicción al trabajo comienza cuando la persona despliega en una serie de conductas compulsivas y sin control relacionadas con su actividad laboral y que le llevan a aumentar notablemente el número de horas trabajadas, lo que afecta a otras áreas de su vida como la familiar, la social y la de la salud.
- Las medidas preventivas que se pueden poner en marcha se deberán llevar a cabo desde diferentes ángulos para que sean más eficaces. Éstas se dividen en individuales, organizacionales y extraorganizacionales.

- Prevenir una cultura organizacional que imponga el trabajo excesivo como modelo y lo promocióne entre los nuevos empleados será una buena medida para evitar este problema.
- La adicción al trabajo es una adicción de tipo comportamental, lo que implicará que todas las personas con puestos de mando deberán predicar con el ejemplo y contribuir a modificar las conductas no deseables en la organización (aprendizaje por modelado).
- Es necesaria la implantación de medidas preventivas en todos los lugares de trabajo, sobre todo en una sociedad como la nuestra en la que resulta muy fácil desarrollar esta adicción.

4. YA TENGO DE TODO... ¿QUÉ PUEDO COMPRAR?

¿Hemos conocido alguna vez a alguien que compra de manera compulsiva y hemos pensado que podría tener un problema?, ¿armarios llenos de ropa y la mayoría con etiquetas?, ¿y paquetes y paquetes que traen empresas de mensajería a nuestro domicilio por compras realizadas *on-line*?

Comprar puede ser un placer para muchos, pero puede llegar a convertirse en una pesadilla incluso para estos mismos. Aquellas personas que no compran por necesidad real o de vez en cuando por placer sino que lo hacen para aliviar la ansiedad y el estrés que les produce el no hacerlo, tienen un problema de comportamiento que puede rozar incluso la adicción en algunos casos.

Esta adicción obedece a impulsos y obsesiones de compra persistentes que o bien son gratificantes o bien reducen el malestar emocional, aunque ocasionan, en último término, perjuicios al individuo y/o a otras personas (Dittmar, 2004; Natarajan y Goff, 1991; O'Guinn y Faber, 1989). Algunos de esos perjuicios pueden ser el endeudamiento elevado, la realización de delitos financieros con el propósito de pagar las deudas, la

ocultación de los productos comprados, problemas de relación interpersonal, culpabilidad y baja autoestima.

Un denominador común en nuestra sociedad actual y en casi cualquier país es el elevado consumismo existente y la cultura de compra que nos rodea, en la que se refuerza tener todo lo último y lo más nuevo y se defiende la idea de que cuanto más se posea, más estatus se alcanza y en mayor consideración te tienen los que te rodean. Sería más fácil que una persona con poder adquisitivo medio-alto desarrollase este tipo de conductas de tipo adictivo sólo por el hecho de que se podría permitir esas compras. ¿Es un problema que sólo afecta a personas con dinero?, ¿todas las personas con un cierto nivel económico pueden desarrollar este problema?

Como ya habrás imaginado, no es así. Las adicciones comportamentales afectan a personas con cierta vulnerabilidad psicológica, a personas con ansiedad, depresión y otras dependencias, ya sean comportamentales o químicas, con baja autoestima, con necesidad de búsqueda de sensaciones y con el locus de control externo, etc.

Algunas investigaciones, como la llevada a cabo en 1994 por Christenson et al., McElroy et al. y Schlosser et al., han esbozado el perfil de la persona afectada por esta conducta:

- Mujer entre 30 y 40 años (también afecta a los hombres).
- Inicio de actividades en exceso en adolescencia y juventud.
- Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, otras adicciones, trastornos alimentarios, juego patológico, etc.
- Preferencia en sus compras: ropa, maquillaje y complementos en las mujeres y artículos de deporte, electrónica y automóvil en los hombres.
- Lugares y momentos: grandes almacenes, centros comerciales, Internet (ya no hace falta ni siquiera salir de nuestra casa para gastar fortunas, es más, podemos ir de compras por el país que queramos desde

nuestra cama), normalmente por las tardes y con una media de 15 episodios por mes.

Otros estudios relacionan la compra adictiva con el aprendizaje en la familia a través del modelado (Cole, 1995) y con pautas familiares disfuncionales, como mala comunicación, autoritarismo y ausencia de afecto (Edwards, 1992; Elliot, 1994). Asimismo cabe destacar la importancia del efecto de la presión de los amigos hacia el consumo (D'Astous, Maltais y Roberge, 1990; Roberts, 1998).

4.1. Previendo el desarrollo de la adicción a la compra

Para continuar con el esquema seguido hasta ahora, en el que examinamos diferentes maneras de actuación desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, comenzaremos proporcionando pautas que eviten que se produzca el problema.

Dar información no es suficiente pero sí necesario. Si no sabemos por qué algo nos puede llegar a perjudicar, es muy probable que no intentemos evitarlo. Es conveniente educar, desde que nuestros hijos son pequeños, en conceptos que no alienen el consumismo, señalando el valor que tienen las cosas y recalcando que el dinero se gana trabajando pero que es un medio para conseguir ciertos objetivos, no el objetivo final. Para ello deberemos actuar dando ejemplo, mostrando actitudes que apoyen nuestras enseñanzas para dotarlas de coherencia y conseguir que se asimilen adecuadamente.

Una costumbre que está ganando terreno en el último año en muchos colegios de primaria es que, cuando es el cumpleaños de algún niño, en vez de hacerle regalos individuales, los padres se ponen en contacto con la familia del cumpleaños y entre todos le regalan un único objeto que realmente desea o necesita. Ésta es una buena forma de conseguir que el niño disfrute de su regalo y lo aprecie, primero porque es el que quiere

y en segundo lugar porque no ha recibido veinte sino uno, por lo que será más probable que le preste atención.

Otro tipo de conductas que podemos modelar son las del aprendizaje de la espera, que contribuirá a que los objetos adquieran valor. Si cada vez que vemos algo que nos gusta a nosotros o a nuestro hijo lo compramos sin pensar, aunque nos lo podamos permitir, estaremos cometiendo un error. La conducta apropiada en este caso sería enseñarle a esperar algún acontecimiento para que entonces lo reciba como regalo, y lo mismo cabe decir por nuestra parte: si no es estrictamente necesario, esperaremos también.

La prevención primaria informará sobre los efectos positivos y perjudiciales del hecho en concreto pero sobre todo, y lo más importante, enseñará actitudes y modificará valores erróneos si fuera necesario.

¿Pero qué hacer si todos nuestros esfuerzos no han valido la pena o de repente parece que al llegar a la adolescencia nuestro hijo ha olvidado todo lo aprendido? Deberemos recordarle lo que hemos tratado de transmitirle, haciendo hincapié en el factor responsabilidad y en que si es «mayor» para ir a un concierto de rock, también lo es para poder controlarse y actuar con cautela.

La adolescencia y el inicio de la juventud constituye una etapa de muchos cambios y en la que la necesidad de autonomía a veces puede llevarles a hacer lo contrario de lo que les hemos enseñado durante tantos años. Además, la presión de sus iguales, de sus amigos y de los medios de comunicación no nos ayudará sino todo lo contrario.

Prevenir en estas etapas de la vida de la persona será más difícil si no hemos trabajado desde la infancia el aprendizaje de ciertos valores. Si ésta es nuestra situación, si con la comunicación no es suficiente y si los límites que hemos puesto son traspasados continuamente, otro tipo de actuaciones podrán ayudarnos (retirada de tarjeta de crédito si tenía una, disminución o cancelación temporal de la paga semanal, plan de ahorro, control de gastos, control de regalos económicos por parte de la familia, etc.).

Es muy importante que veamos en qué gasta el dinero la persona que tiene el problema para descartar otros graves como drogas, prostitución, etc.

Pero esta situación no afecta sólo a jóvenes y adolescentes; es más, la mayoría de las personas afectadas son de edad media (30-40 años), lo que se explica lógicamente por el hecho de que su capacidad económica es mayor. ¿Y cómo podemos darnos cuenta de que está ocurriendo? Si se trata de alguien con quien convivimos, tendremos que estar atentos a los gastos familiares y controlar los ingresos y las compras. Si en nuestra familia ya ha habido un problema de este tipo, es probable que se pueda dar una recaída, por lo que la prevención vendrá sobre todo de la comunicación, del afecto, del apoyo y de la comprensión en los momentos de vulnerabilidad más que de la pelea continua. Ayudar es prevenir para evitar que ocurra de nuevo, pero si el problema avanza y se convierte en una situación grave, habrá que actuar no sólo limitando la autonomía en los movimientos de las cuentas comunes sino pidiendo ayuda terapéutica profesional para atajar la adicción lo antes posible y evitar que tenga consecuencias graves para el entorno del afectado (ruina económica, separaciones y divorcios, problemas legales, etc.).

Nuestra sociedad está basada en valores consumistas difíciles de cambiar porque benefician a muchos y su economía. La mejor prevención sería aquella que comenzara cambiando los ideales de nuestra cultura, pues quizá de esta manera podríamos evitar esta adicción o al menos reducir el número de personas que la desarrollan por su vulnerabilidad psicológica unida a las presiones sociales. El deseo de la pertenencia grupal puede tener en ocasiones más desventajas que ventajas.

4.2. En resumen: adicción a las compras

- Consideraremos que una persona es adicta a las compras si las realiza de manera compulsiva y sin control para aliviar la necesidad de consumismo y su conducta tiene efectos perjudiciales tanto para ella misma

(ansiedad, depresión, culpabilidad, autoestima baja, etc.) como para quienes la rodean (divorcios, ruina familiar, problemas legales, etc.).

- Las medidas principales desde la prevención primaria serán aquellas encaminadas a divulgar información acerca de los riesgos que conlleva desarrollar este problema, así como a dotar de valores y herramientas conductuales que no favorezcan una futura adicción.
- Si el problema está apareciendo, habrá que reforzar todo lo enseñado, así como establecer ciertos límites que impidan que avance, tratando de reducirlo o, si es posible, de erradicarlo.
- Por último, y desde la prevención terciaria, los grupos de apoyo (el primer grupo fue el Spender Menders, pero hoy en día existen más) y la terapia psicológica pueden ayudar a la persona que presenta el problema y en consecuencia a todos los de su alrededor.

5. VIGOREXIA: ¡AERÓBIC, PÁDEL, FITNESS Y TODO LO QUE EXISTA!

Una vida equilibrada engloba una buena alimentación, equilibrio emocional y un buen estado de salud.

Realizar de manera constante, con una frecuencia de entre tres y cinco veces por semana, ejercicio de tipo cardiovascular nos prevendrá de futuros problemas tales como hipertensión, obesidad, colesterol, accidentes cardiovasculares, ansiedad, depresión, etc.

Cuando hacemos deporte, nos sentimos mejor con nosotros mismos, aumentamos positivamente nuestra autoestima y nuestro estado de ánimo, percibimos que estamos más sanos e incluso experimentamos un gran placer si se trata de actividades en las que haya un mínimo componente de competitividad y alcanzamos nuestros objetivos.

Cada vez con mayor hincapié, se intenta potenciar la práctica deportiva tanto desde universidades como desde los centros de salud e incluso

desde los medios de comunicación. En una misma calle es fácil encontrarse más de un gimnasio, parques con pistas de baloncesto y de atletismo, campos de fútbol y piscinas públicas en cada distrito. Algunas empresas han establecido incluso acuerdos especiales con gimnasios para potenciar la práctica de deporte entre sus empleados, y en el caso de grandes organizaciones, es posible que dispongan de instalaciones deportivas dentro de sus dependencias.

¿Potenciamos la vida sana o un estilo de vida? Toda la infraestructura que se ha creado por y para el deporte no está destinada exclusivamente al fomento de la buena salud entre los ciudadanos sino a potenciar un estilo de vida que alienta a conseguir cuerpos esculturales en los que la ropa siempre queda bien y que defiende la idea de que ser atractivo es lo más importante. Estamos hablando de la industria de la belleza, de fábricas de cuerpos y de estilos de vida.

Hasta aquí no existiría ningún problema si todas las personas se sintieran libres para elegir trabajar su cuerpo a ritmo de aeróbic y pesas, pero con moderación. El problema es que a las personas más vulnerables psicológicamente les puede resultar difícil mantener el equilibrio y pueden caer en excesos volviéndose esclavos del deporte cuando en un principio se practicaba con fines lúdicos o médicos.

Para diagnosticar a una persona con adicción al deporte primero habrá que descartar por un lado un trastorno alimentario y por otro que el objetivo de tanto ejercicio físico sea el control del cuerpo, ya que en una adicción al deporte la actividad física es el fin, el objetivo.

Una persona que desarrolle este problema necesitará realizar actividad física no para controlar su peso y silueta sino para aliviar el malestar que le produce no practicarlo. Presentará síntomas de abstinencia tales como irritabilidad, insomnio, ansiedad, etc., y cada vez necesitará mayor tiempo de práctica deportiva o menor frecuencia entre sesiones (tolerancia).

Llegada a este punto, habrá perdido el control y realizará deporte de manera compulsiva, propiciando la aparición de problemas corporales

como lesiones y cansancio excesivo que le afectarán en otras áreas de su vida a las que poco a poco irá dedicando menor tiempo y presencia.

Entre 1970 y 1999 se llevaron a cabo 77 trabajos de investigación sobre dependencia del ejercicio, ya que era un hecho que preocupaba y aumentaba en interés. Posteriormente se han realizado estudios de mayor rigor científico utilizando medidas más objetivas como el IMC (índice de masa corporal), el porcentaje de grasa corporal o la cantidad máxima de oxígeno por mililitro (VO_2 máx.). Asimismo, antes de comenzar con las medidas preventivas que hay que poner en marcha para evitar que se desarrolle una adicción deportiva, animo al lector interesado a que profundice en instrumentos validados para la evaluación de la dependencia del ejercicio físico recogidos en una tabla en el artículo «Dependencia (“Adicción”) del ejercicio físico: ¿hecho o ficción?», de Eduardo Remor.

5.1. Medidas preventivas en la adicción al deporte

Educar en el equilibrio y no en los excesos es la mejor prevención que podemos hacer. En la adicción al deporte, como en cualquier otra, el exceso del comportamiento que perjudica a las demás facetas del individuo es lo que hay que controlar, porque el deporte, como el trabajo, como las compras, etc., son comportamientos que por sí solos no producen ningún mal, es más, nos permiten la integración en la sociedad.

Al igual que enseñamos que gracias a la electricidad tenemos luz de noche pero que tocar un enchufe con los dedos mojados puede ser mortal, ¿por qué no educamos en la moderación y en el control? Practicar deporte debe ser potenciado en todo momento, de una u otra manera, dependiendo de las condiciones del individuo, pero siempre como un complemento para sentirse bien, como salud y como ocio.

Merece la pena transmitir los efectos perjudiciales del ejercicio excesivo, tanto físicos como psicológicos, y establecer las medidas correctivas

necesarias cuando veamos que la persona ha comenzado con un problema de este calibre. Si creemos que podemos estar asistiendo al inicio de una adicción deportiva, y siempre tras haber descartado un problema alimentario, pediremos ayuda profesional, que, con técnicas de tipo cognitivo-conductual en su mayoría, restablecerá la práctica positiva del deporte. Al igual que en todas las adicciones comportamentales que estamos describiendo, en ésta tampoco queremos desterrar por completo la conducta adictiva, lo que implicará de nuevo mayores riesgos de recaída.

Además de dar información, una herramienta útil puede ser la promoción de actividades de ocio diferentes tales como la lectura, la música, el bricolaje y todas aquellas que se nos ocurran y que puedan ser de interés para la persona a quien vayan dirigidas. Asimismo, es importante que si observamos que la persona adicta realiza deporte cada vez que se siente ansiosa, frustrada, enfadada, intentemos detener esa dinámica y la potenciamos cuando se encuentre relajada y con ánimo positivo para que desactive esa asociación.

Si es posible acompañarla a hacer deporte, podremos controlar tanto el tiempo, ya que habrá que adaptarlo a las preferencias mutuas, como la actividad que realiza de manera compulsiva e intentar cambiar ciertas dinámicas que seguramente ya se han convertido en costumbres y de las que ni siquiera disfruta. Será importante ayudarla a que recupere el valor lúdico del deporte y para conseguirlo muchas veces los juegos en pareja o en equipo nos serán útiles porque están implicadas en ellos otras muchas facetas como el trabajo cooperativo, la empatía, el compañerismo, etc.

Como último remedio, si vemos que estas medidas no son suficientes para ponerle freno al desarrollo del problema, pediremos ayuda terapéutica para tratarlo desde la raíz.

5.2. En resumen: la vigorexia

- La adicción al deporte es un fenómeno que se produce cuando se practica de manera compulsiva, sin control ni disfrute alguna

actividad física y ello afecta a la persona en el resto de sus áreas personales, siempre y cuando se haya descartado un problema alimentario o un deseo de control del aspecto corporal.

- El deporte es muy positivo si se practica de manera controlada pero puede llegar a ser muy perjudicial si nos dedicamos a él de manera obsesiva.
- Educar, enseñar y transmitir la información necesaria sobre los efectos perjudiciales de la práctica deportiva en exceso puede ayudar a prevenir una adicción, pero puede no ser suficiente.
- Un cambio de actitud que permita a la persona volver a disfrutar de la actividad, la realización de otro tipo de ocio y el acompañamiento pueden ser medidas que frenen o incluso ayuden a que remita la adicción al deporte.

6. ADICCIÓN AL SEXO: PROSTITUCIÓN, INTERNET, LÍNEAS ERÓTICAS, SEX-SHOPS...

La industria del sexo ha ido ganando terreno en los últimos años hasta erigirse en uno de los principales y más importantes negocios. Cualquier cosa que podamos imaginar ha sido creada con el fin de satisfacer los deseos sexuales de diferentes personas, con necesidades distintas, fisionomías particulares y fantasías a cada cuál más estrambótica.

Las necesidades sexuales de las personas, en general, se cubren con parejas estables o esporádicas, y aunque varíe la frecuencia de estas actividades, podríamos decir que no se roza el exceso si no desatienden el resto de las facetas de su vida.

El adicto al sexo no lo siente así. Estas personas no practican sexo por placer sino por necesidad, no hay momento en que no deseen tener un *affaire* y si no hay con quien llevarlo a cabo, se apoyarán en otros recursos como Internet (chats, páginas eróticas, cibersexo, etc.), revistas pornográficas, sexo telefónico, masturbación, etc. El

problema es que llega un momento en que el sexo se adueña del individuo y éste deja de sentir placer al realizarlo. La tensión previa ya no es producto de la excitación, sino del malestar que le produce la sola idea de no poder llevar a cabo su fantasía, tensión que se reduce una vez conseguido su objetivo.

Las personas con este problema se sienten solas y culpables por algunas de las prácticas que llevan a cabo y en general suelen tener problemas en sus relaciones porque acaban despersonalizando a su pareja y tratándola como un objeto. En otros casos, las parejas terminan cansándose y, tras sentirse traicionadas reiteradamente, deciden finalizar su relación por medio de un divorcio, con todos los problemas que puede acarrear (ansiedad, problemas con los hijos, problemas económicos, culpabilidad, chantaje emocional, etc.).

6.1. ¿Cómo identificar signos de adicción sexual?

Respecto al sexo en Internet, Young (2001) comenta que a medida que los usuarios comienzan a sentirse cómodos, pueden experimentar cambios comportamentales tales como:

- Aumento en el tiempo de conexión, sobre todo para uso de chats privados con el fin de encontrar cibersexo.
- Ansiedad si no encuentran material de su gusto.
- Participación en fantasías sexuales que no suelen llevarse a cabo en la vida real.
- Ocultamiento del problema y mentiras.
- Masturbación mientras se visualiza pornografía.
- Preferencia por este tipo de actividades frente a relaciones sexuales reales.

En otras personas en las que la adicción sexual no esté relacionada con Internet, podremos observar cambios en su rutina, como llegar más tarde, salir más a menudo, gastar más dinero o mentir compulsivamente.

6.2. Factores de riesgo

Existen ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones (Echeburúa, 1999), como son:

- Déficit de personalidad (introversión acusada, autoestima baja, alto nivel de búsqueda de sensaciones).
- Déficit en las relaciones interpersonales (timidez y fobia social).
- Déficit cognitivos (déficit de atención, fantasía descontrolada).
- Alteraciones psicopatológicas (otras adicciones químicas o comportamentales).
- Vulnerabilidad por estados emocionales como: depresión, ansiedad, autoestima baja, trastorno bipolar, personalidad adictiva.

6.3. ¿Cómo prevenir la adicción al sexo?

Según dice el artículo «Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en Internet» (Sánchez y Irruarrizaga, 2009), en la actualidad no existe tratamiento psicológico ni farmacológico probado, pero los programas cognitivos conductuales y las técnicas utilizadas en otras adicciones resultan provechosos.

La prevención de esta adicción deberá ir enfocada, como en todas las demás, a dotar a la persona de información y herramientas psicológicas que la ayuden a mantener el equilibrio en su vida para dificultar así el desarrollo de una adicción, que es, en definitiva, un trastorno caracterizado por el descontrol y la compulsión.

Hablar de sexo con normalidad en el seno familiar, teniendo presente la edad de los hijos y adaptando las enseñanzas a su momento de desarrollo evolutivo, les ayudará a crecer con una educación sexual sana. Si fomentamos la comunicación en nuestras familias y parejas, será más fácil evitar que se produzca un problema o podrá ser atajado lo antes posible.

En muchas ocasiones, cuando nos enteramos

de que nuestra pareja tiene un problema de este tipo, nos quedamos bloqueados por nuestra sensación de traición y sufrimiento y nos cerramos a la idea de ofrecerle una ayuda que podría solventar ese problema que en definitiva afecta a ambos. Los problemas comportamentales son adicciones porque el individuo experimenta la pérdida de control, no lo olvidemos.

Conviene sugerir que es importante conocer las nuevas tecnologías para poder educar en ellas y saber cómo establecer límites a su uso, lo que nos ayudará a prevenir el acceso a contenidos no apropiados.

Asimismo, si sospechamos que alguna persona de nuestro entorno puede estar iniciándose en estas conductas, hablaremos con ella para ofrecerle ayuda experta.

7. EL JUEGO PATOLÓGICO Y SU PREVENCIÓN

El juego patológico ha sido estudiado en numerosas investigaciones, de modo que existe una gran cantidad de publicaciones al respecto. A diferencia del resto de las adicciones comportamentales que hemos tratado, ésta sí está contemplada en las categorías diagnósticas y por ello ha recibido durante más tiempo atención científica para su estudio.

Cuando se me pidió que escribiera un capítulo en el que quedaran recogidas las medidas preventivas que actualmente se ponen en marcha con este tipo de adicciones, pensé que lo más adecuado era hablar en mayor profundidad sobre lo que aún no está suficientemente estudiado y comentar brevemente el problema de la ludopatía, que ya está recogido en numerosas publicaciones que demuestran que los pacientes afectados responden bien a los tratamientos psicológicos, como el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta.

Para muchas personas el abuso del juego es resultado de una serie de actuaciones aprendidas que en un primer momento se asociaron con circunstancias agradables, como la ganancia econó-

mica, y que posteriormente trajeron consecuencias negativas, mientras que para otras se trata de estrategias de afrontamiento inadecuadas para la superación de dificultades emocionales (ansiedad, tristeza, etc.) (Fernández-Alba, 2004).

La ludopatía es un problema que además se facilita por la presencia de máquinas recreativas en los bares, la proliferación de webs en Internet donde se apuesta por diferentes motivos, casinos, loterías, etc. Ya sabemos que no todas las personas son proclives al desarrollo de una adicción, pero en el caso de las que sí lo son, estas circunstancias no les facilitan precisamente controlar su conducta.

Actualmente existen dos enfoques en el tratamiento de la ludopatía: la abstinencia total y el juego controlado.

En cuanto a las medidas preventivas que se están poniendo en marcha en los últimos tiempos, van dirigidas fundamentalmente al apoyo y consecución de jugadores controlados, de modo que puedan realizar este tipo de conductas de vez en cuando sin llegar a hacerlo de manera compulsiva y descontrolada o recayendo si son antiguos jugadores.

Son bastantes los programas y grupos de apoyo, así como webs, que permiten a las familias, amigos y a los propios afectados formarse en los riesgos y exponer sus temores y dudas para solucionarlos. Asimismo, algunos centros de apuestas se han comprometido a formar a sus empleados en juego responsable para poder identificar a jugadores que han sobrepasado esa línea e informarles sobre lugares a los que pueden acudir para pedir ayuda, se ha restringido el número de lugares de juego, se están fijando límites en las apuestas y demoras en el cobro de los premios, etc. Las webs de apuestas se están uniendo a esta propuesta, limitando la forma de pago a tarjeta de crédito para que no sea fácil que los menores puedan aprovecharse del anonimato que brinda Internet e iniciarse en las apuestas, protegiéndoles de manera indirecta.

Es de gran importancia que las familias de los afectados también formen parte de los programas preventivos y de tratamiento, por una parte

porque ayudarán a su ser querido a evitar ciertas circunstancias perjudiciales para él y por otra porque necesitarán también comprender el problema y requerirán apoyo y escucha para después poder estar al lado de aquél. Existen numerosas asociaciones que atienden a los familiares y les dotan de recursos formativos y emocionales para poder ayudar de manera positiva (más información en www.madrid.org).

Éstas son algunas de las medidas preventivas que se están poniendo en marcha en la actualidad (información, control y ayuda); aun así, insisto en que quien desee ampliar la información, tanto en lo relativo a la prevención como en lo referente al tratamiento, dispone de muchas publicaciones y números de teléfono (teléfono del jugador 900 713 525; Comisión Nacional del Juego 91 537 25 89), así como webs de utilidad (www.dgjuego@madrid.org; www.ludapatia.org; etc.) en las que incluso los afectados pueden inscribirse en un registro, de manera voluntaria, como medida de control preventivo para que les impidan el acceso a bingos, casinos y salas de juego.

8. EN CONCLUSIÓN

- Los abusos comportamentales podrían considerarse adicciones, aunque no estén incluidos en ninguna categoría diagnóstica por presentar una sintomatología prácticamente igual a la de las adicciones químicas.
- No todas las personas son proclives a desarrollar una adicción, sólo aquellas con personalidad adictiva, es decir, aquellas con cierta vulnerabilidad psicológica.
- El factor común presente en todas las adicciones comportamentales descritas es la pérdida de control del individuo, realización de la conducta de manera compulsiva, ausencia de disfrute y experimentación de síntomas de abstinencia y tolerancia.
- Los programas de prevención están orientados a suministrar información, a producir los cambios cognitivos que sean necesari-

rios mediante el aprendizaje de nuevos esquemas y herramientas psicológicas, así como a la enseñanza de habilidades sociales. El apoyo de los de alrededor, incluso de los grupos de autoayuda, si fuera necesario y las terapias psicológicas en un estadio más avanzado serán otras alternativas relevantes a tener en cuenta.

- El objetivo final que se persigue con la prevención y el tratamiento de todas estas adicciones no será la abstinencia total, sino la parcial, ya que las conductas por sí mismas no presentan ningún problema, sólo el abuso de ellas.
- Este tipo de programas de abstinencia parcial elevan el porcentaje de recaídas pero enseñan al individuo el uso controlado, y ello le permite normalizar sus relaciones

con los demás, con la sociedad en la que vive y consigo mismo.

- El uso de las tecnologías puede ser un aliado en el tratamiento y en la prevención de algunas adicciones comportamentales, sobre todo con la población adolescente y joven, ya que de esta manera el factor motivacional estará presente, así como el trabajo en un medio conocido para ellos, que facilitará el entendimiento, el conocimiento y los procesos atencionales.
- A pesar de que cada vez existe más volumen de bibliografía y con mayor rigor científico, aún queda mucho camino que recorrer para establecer tratamientos eficaces e implantar acciones preventivas desde todos los organismos sociales públicos y los privados que deseen involucrarse.

La reducción de daños: un enfoque de salud pública y gestión de riesgos basado en la evidencia 22

VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA BLASCO

1. ¿QUÉ ES LA REDUCCIÓN DE DAÑOS?

1.1. Introducción

La reducción del daño tiene una larga historia en el campo de las drogas. Ya en la década de los veinte, en Reino Unido se prescribía heroína y morfina a personas dependientes de opiáceos (Spear, 1994). En Estados Unidos, en la década de los sesenta, la creciente preocupación para la salud pública de los efectos de las drogas legales impulsó medidas sobre el alcohol y el tabaco, y también en esa época se introdujo el mantenimiento con metadona para dependientes de opiáceos (Bellis, 1981; Erickson, 1999). En la década de los setenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda las políticas de reducción del daño para «prevenir o reducir la gravedad de los problemas asociados con el uso no médico que producen las drogas» (OMS, 1974). De este modo, los enfoques basados en la reducción del daño tienen una larga trayectoria en el campo de las adicciones, aunque el actual concepto de reducción del daño se configura en torno a la pandemia del VIH y su rápida propagación a mediados de la década de los ochenta entre los usuarios de drogas por vía inyectada (UDI).

En 1985 se introducen las pruebas de anticuerpos del VIH, lo que lleva al descubrimiento de altos índices de infección en numerosas ciudades europeas entre las personas que se inyectan drogas, entre ellas Edimburgo (51 por 100) (Robert-

son et al., 1986), Milán (60 por 100), Bilbao (50 por 100), París (64 por 100), Toulouse (64 por 100), Ginebra (52 por 100) e Innsbruck (44 por 100) (Stimson, 1995). El uso de heroína y el consumo de drogas intravenosas en los países europeos habían ido en aumento desde 1960 (Hartnoll et al., 1989), y las investigaciones indicaron que el uso compartido de agujas y jeringas era común entre las personas que se inyectaban drogas (Stimson, 1991), lo cual explica la rápida propagación de la epidemia, con una prevalencia del 40 por 100 o más en el plazo de dos años desde la introducción del virus entre las comunidades de inyectores (Stimson, 1994). Pronto se hizo evidente que algunas zonas de Europa se enfrentaban a una emergencia de salud pública. En este contexto, la reducción del daño se contempló como medida primordial para frenar la prevalencia de nuevas infecciones, aunque esto significase renunciar, en algunos colectivos de drogodependientes, a la abstinencia como principal objetivo terapéutico, lo cual generó gran controversia. A pesar de las diferencias de opinión, cada vez hay un consenso más amplio respecto a que las políticas de drogas orientadas a la abstinencia deben complementarse con medidas de reducción de daños basadas en la evidencia (Griffiths y Simon, 2010).

Actualmente, el término «reducción de daños» se refiere a las políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de drogas

tanto legales como ilegales (sin requerir necesariamente la abstinencia) tanto sobre el individuo como sobre sus familias y la comunidad en general (Becoña et al., 2011), en los niveles de salud, social y económico (Newcombe, 1992; IHRA, 2002), y se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos.

1.2. Principios de la reducción de daños

El Centro Canadiense de Abuso de Sustancias (CCSA, 1996) plantea los siguientes principios en los que se basa la reducción del daño:

1. **Pragmatismo:** un principio básico de la reducción de daños es el desarrollo de respuestas pragmáticas relacionadas con el uso de drogas a través de una jerarquía de los objetivos de intervención que ponen el énfasis principal en reducir los daños a la salud relacionados con el consumo continuado de drogas. La contención y mejora de daños relacionados con el uso de drogas pueden ser una opción más pragmática o factible que eliminar el consumo de drogas por completo.
2. **Los valores humanistas:** no se hace ningún juicio moral ya sea para condenar o para apoyar el uso de drogas, independientemente del nivel o modo de consumo. La dignidad y los derechos de los consumidores de drogas son respetados.
3. **Centrarse en los daños:** la prioridad es disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas para el usuario y los demás, en lugar de centrarse en la disminución del uso de la sustancia. La reducción de daños no excluye ni presupone el objetivo del tratamiento de la abstinencia dentro de los planteamientos terapéuticos, lo cual significa que las intervenciones orientadas a la abstinencia también pueden ser contempladas en la jerarquía de los objetivos de reducción de daños. Sin embargo, este objetivo no debe ser exclu-

yente de otros. En algunos casos la reducción del nivel de uso puede ser una de las formas más efectivas de reducción del daño. En otros casos la modificación del modo del uso puede ser más eficaz.

4. **Equilibrar costos y beneficios:** se han de evaluar los impactos de las intervenciones, aunque esto resulta complicado debido al número de variables que han de ser examinadas tanto a corto como a largo plazo.
5. **Prioridad de los objetivos inmediatos:** la mayoría de los programas de reducción de daños tienen una jerarquía de objetivos. El logro de la más inmediata y realista meta suele ser visto como un primer paso hacia la reducción del riesgo.

El énfasis principal de este paradigma se encuentra en los resultados del uso de sustancias en lugar de en el propio uso de sustancias; por tanto, el objetivo principal de las intervenciones es reducir las consecuencias negativas, independientemente de si se reduce o no el uso de sustancias (Rehm y Fischer, 2010). Tal como apuntan Lenton y Single (1998), el enfoque de reducción de daños:

1. Evita agravar el daño causado por el uso indebido de drogas.
2. Trata a los usuarios de drogas con dignidad.
3. Maximiza las opciones de intervención.
4. Establece la priorización de metas alcanzables.
5. Es neutral con respecto a la legalización o despenalización.
6. No comparte la visión de «la guerra contra las drogas».

1.3. La reducción del daño como modelo de salud pública basado en la gestión de riesgos

Los conceptos de riesgo y reducción de daños están muy próximos a los de promoción de la sa-

lud y salud pública (Rhodes y Hedrich, 2010). La salud pública tiene la idea central de proteger la salud del individuo y de la población a través de mecanismos de vigilancia, identificación y gestión del riesgo para la salud (Ashton y Seymour, 1988; Peterson y Lupton, 1996). La salud pública actual contempla los riesgos para la salud y la toma de decisiones respecto a ésta como una responsabilidad consciente de los individuos, haciendo también hincapié en la importancia del entorno social en la producción del daño y en la formación y capacitación de los individuos y comunidades para evitar el riesgo (Peterson y Lupton, 1996; Rhodes, 2002). En consecuencia, los principales enfoques de salud pública reconocen la necesidad de crear entornos favorables para la reducción del riesgo y el cambio de comportamiento, incluso a través del fortalecimiento de acciones comunitarias y la creación de políticas públicas de apoyo a la salud (OMS, 1986).

Entre los usuarios de drogas inyectables, sobre todo en consumidores de opiáceos, en los niveles de morbilidad y mortalidad siguen teniendo diez veces más probabilidades de morir en comparación con sus pares no inyectores (Bargagli et al., 2006; Degenhardt et al., 2004; Degenhardt et al., 2006). Se estima que hay casi 3 millones de consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH, que viene a ser un 10,5 por 100 de todas las infecciones a nivel mundial, muchas de las cuales son atribuibles al uso compartido de material de inyección (Kroll, 2003). Junto a la transmisión del VIH por compartir agujas y jeringas, la transmisión sexual, probablemente, desempeña un papel importante en la infección en usuarios inyectores de drogas (Kral et al., 2001; Strathdee et al., 2001). Aparte del VIH, otros muchos virus de transmisión sanguínea pueden ser inoculados a través del intercambio del equipo de inyección. La hepatitis B y C se consideran actualmente los más importantes. En los países desarrollados aproximadamente el 90 por 100 de las personas infectadas con VHC son antiguos o actuales usuarios de drogas inyectables (OMS, 2009). En general, la coinfección con diferentes virus y la reinfección con diferentes cepas o sub-

tipos del mismo virus empeoran las perspectivas y pronósticos.

Las infecciones bacterianas también son comunes entre los usuarios de drogas inyectables debido a la falta de higiene en la inyección, en el proceso de preparación de la sustancia para ser inyectada o en el uso de sustancias contaminadas. Las infecciones locales, tales como abscesos y celulitis, son especialmente comunes entre las poblaciones con dificultades de acceso a servicios sanitarios, como puede ser el caso de las personas sin hogar. Endocarditis, septicemia y brotes de botulismo, el tétanos y otras infecciones también se dan entre los usuarios de drogas inyectables.

Por su parte, la dependencia de las drogas y las infecciones asociadas con la inyección contribuyen a presentar mayor debilidad física y bajas de la capacidad inmunitaria del organismo, lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad a infecciones como la neumonía y la tuberculosis (Hunt, Ashton, Lenton et al., 2003).

La gestión de estos y otros riesgos para la salud es el principal objetivo de la reducción de daños; en consecuencia, se considera un enfoque basado en la salud y la gestión del riesgo que intenta dar respuestas a las problemáticas asociadas al consumo de sustancias, entendiendo que abarca todas las drogas: el alcohol, el tabaco, fármacos prescritos, drogas ilícitas y sustancias volátiles.

2. ESTRATEGIAS Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN REDUCCIÓN DEL DAÑO: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

2.1. La reducción del daño en inyectores de drogas (UDI)

Las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionada con los UDI son virus de transmisión sanguínea y sobredosis de drogas (Degenhardt et al., 2006). Las intervenciones contempladas para esta población contemplan, además de la inclusión en programas de tratamiento, los programas de agujas y jeringas, las salas de consumo

higiénico supervisado y los programas sociosanitarios, entre los que destaca la distribución de naloxona entre pares.

2.1.1. *Programas de distribución e intercambio de agujas y jeringas (PIJ)*

Los programas de intercambio de jeringuillas proveen a los usuarios de drogas por vía parenteral de material de inyección estéril y recogen las jeringas usadas para evitar su reutilización y posibles infecciones y reinfecciones, reduciendo también la posibilidad de pinchazos accidentales. Los PIJ son implementados a través de programas de intervención en medio abierto, en centros de atención al drogodependiente, en prisión y también a través de farmacias o máquinas expendedoras, aunque estas dos últimas modalidades limitan el desarrollo de otras acciones vinculadas a los PIJ.

Cuando las drogas se preparan para la inyección, normalmente se mezclan con agua (bidestilada especial para inyección, agua mineral embotellada, agua obtenida en una fuente e incluso en charcos) en un recipiente (cazuelita, tapón, base de una lata, etc.), a menudo se filtran (a través de un algodón, un filtro de cigarrillo o pelusa de un jersey) y se utilizan elementos para visibilizar la vena en la zona de inyección (compresores, cordeles, cinturones, etc.). El uso inadecuado de este tipo de utensilios para la inyección ha sido identificado como un factor más de riesgo potencial de transmisión de virus (Koester, Booth y Wiebel, 1990). En consecuencia, los principales servicios prestados por los PIJ tienen por objeto aumentar el número de jeringas en circulación, fomentar su devolución y eliminación segura de modo que cada jeringa se utiliza menos veces o una única vez, y el acceso y promoción de materiales de inyección higiénicos, reduciendo así las posibilidades de transmisión viral. Para ello, los kit de los PIJ están formados por una jeringuilla con capuchón, en muchos casos enfundada en una carcasa de plástico duro cuyo tapón sirve como recipien-

te para la preparación de la sustancia de forma higiénica; una vez usada la jeringuilla, se introduce en la carcasa evitando pinchazos accidentales o el contacto con restos de sangre e impidiendo su reutilización al quedar herméticamente cerrada; también lleva toallitas de alcohol pre y post-inyección para la limpieza de la zona de venopunción, agua bidestilada y en algunos casos uniones de ácido cítrico para facilitar la disolución de la sustancia (heroína), preservativos y folletos con consejos sobre consumo de menor riesgo y mensajes preventivos de salud.

Para hacernos una idea del alcance de esta medida, se puede calcular que en torno al 10 por 100 de las jeringuillas utilizadas tienen anticuerpos antiVIH (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003). Si realizamos una sencilla extrapolación, el Programa de Intercambio de la Comisión AntiSida de Bizkaia que distribuye de 60.000 a 70.000 jeringuillas/año con medidas de 90 a 100 contactos diarios (Segador, 1997) habrá apartado casi 7.000 jeringas y agujas infectadas (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003), ya que la tasa de intercambio de jeringas en las zonas donde el programa es accesible se acerca al 80 por 100 (Segador, 1995).

En ocasiones los PIJ se complementan con la educación sanitaria a través de talleres e información sobre venopunción higiénica, oferta de servicios sanitarios de bajo umbral, oferta de asesoramiento, orientación y mediación hacia otros servicios asistenciales y de tratamiento, oferta de talleres de educación para la salud e incluso la oferta de cobertura de necesidades básicas (alimentación y aseo). Gibson et al. (2001) hallaron en su revisión de 42 estudios sobre PIJ pruebas sustanciales de que éstos son eficaces en la prevención de los comportamientos de riesgo y en la infección por VIH entre los UDI. Coyle et al. (1998), tras examinar 36 publicaciones sobre PIJ, indicaban que éstos se asociaban a:

1. Reducción de la frecuencia de inyección.
2. Reducción de la reutilización de agujas, jeringas y otros utensilios de inyección.
3. Reducción del consumo de crack.

4. Mayor desinfección de las agujas.
5. Aumento de la demanda y participación en tratamiento de drogas.
6. Reducción de prácticas sexuales sin protección.

a) Evidencia de los PIJ sobre la incidencia/prevalencia del VIH

Programas de distribución de agujas y jeringas.

Varios estudios (Gibson et al., 2001; Käll et al., 2007; Tilson et al., 2007; Wodak y Cooney, 2004) concluyen que existen evidencias para apoyar la posible eficacia de los PIJ en la reducción de la incidencia/prevalencia del VIH entre los usuarios inyectores de drogas (Kimber et al., 2010).

Programas de acceso a agujas y jeringas en farmacias. A pesar de haber pruebas razonables de que la disponibilidad de material de inyección estéril en las farmacias proporciona algunos beneficios (Wodak y Cooney, 2004), no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la efectividad del acceso a agujas y jeringas a través de farmacias en la reducción de la prevalencia del VIH entre los UDI (Kimber et al., 2010).

Máquinas expendedoras de agujas y jeringas. Wodak y Cooney (2004) informan de que «el acceso a agujas y jeringas estériles a través de farmacias y máquinas expendedoras muestra ser eficaz en la reducción de los comportamientos de riesgo y la seroprevalencia del VIH; sin embargo, esta conclusión se extrae de un estudio con un diseño débil. Por tanto, las evidencias son insuficientes para apoyar o descartar la eficacia de las máquinas expendedoras de agujas y jeringas en la reducción de la transmisión del VIH entre los UDI (Kimber et al., 2010).

Programas de acceso a agujas y jeringas en prisión. Dada la falta de evidencia en las revisiones básicas realizadas (Dolan et al., 2003a; Stöver y Nelles, 2003), se concluye que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la eficacia de los PIJ en prisión en la reducción de la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables (Kimber et al., 2010).

b) Nivel de evidencia de los PIJ sobre la incidencia/prevalencia del VHC

Programas de distribución de agujas y jeringas.

La hepatitis C es mucho más frecuente que el VIH entre los UDI. Un estudio epidemiológico en Reino Unido sugiere que el VHC ha estado presente en las poblaciones de inyectores desde mucho antes de la introducción de los PIJ (Balogun et al., 2002). Si consideramos la posibilidad de que ser infectados con el VHC de una aguja infectada es de alrededor del 2 al 3 por 100, en comparación con el 0,3 por 100 para el VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2001), la combinación de estas circunstancias puede explicar en cierta medida el limitado impacto de los PIJ sobre la infección por VHC. Sobre la base de los principales estudios identificados en las revisiones básicas (Gibson et al., 2001; Tilson et al., 2007; Wodak y Cooney, 2004; Wright y Tompkins, 2006), Kimber et al. (2010) concluyen que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la eficacia de los PIJ en la reducción de la transmisión del VHC entre los UDI. Sin embargo, hay indicios de que los PIJ tienen impacto en la tasa de incidencia del VHC a pesar de que los niveles de viremia siguen siendo altos (Smyth et al., 1999; Taylor et al., 2000; Parsons et al., 2002). En los principales estudios longitudinales (Hagan et al., 2004; Roy et al., 2007; Van den Berg et al., 2007) se sugiere una asociación independiente del uso de PIJ y la incidencia del VHC, mostrando únicamente asociación cuando se establecía la acción combinada de PIJ y TSO (Van den Berg et al., 2007).

Programas de acceso a agujas y jeringas en farmacias y en máquinas expendedoras. No existe revisión del nivel de evidencia de los efectos del acceso a agujas y jeringas en farmacias o máquinas expendedoras en la prevalencia/incidencia del VHC entre los usuarios de drogas inyectables (Kimber et al., 2010).

Programas de acceso a agujas y jeringas en prisión. Dada la falta de revisiones, y la baja calidad de estudios adicionales, no hay suficiente cons-

tancia del nivel de evidencia que permita apoyar o descartar la eficacia de los PIJ de prisión en la reducción de la transmisión del VHC entre usuarios de drogas inyectables (Kimber et al., 2010).

c) Nivel de evidencia de los PIJ sobre los comportamientos de riesgo en la inyección

Programas de distribución de agujas y jeringas.

Las tres revisiones principales (Tilson et al., 2007; Wodak y Cooney, 2004; Gibson et al., 2001) informaron de un total de 43 estudios; 39 de ellos mostraron efectos positivos de los PIJ en la reducción de los comportamientos de riesgo en la inyección, de los cuales 20 fueron de cohortes. En base a la evidencia consistente hallada en estos estudios, Kimber et al. (2010) concluyen que hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar la eficacia de los PIJ en la reducción de los comportamientos autoinformados de riesgo en la inyección en UDI.

Programas de acceso a agujas y jeringas en farmacias. Sobre la base de los estudios identificados en las dos revisiones básicas (Tilson et al., 2007; Wodak y Cooney, 2004), se concluye que hay tentativa de revisión del nivel de evidencia que apoye la eficacia del acceso a agujas y jeringas en farmacias en la reducción de los comportamientos de riesgo en la inyección autoinformados por los UDI (Kimber et al., 2010).

Máquinas expendedoras de agujas y jeringas. Teniendo en cuenta los resultados contradictorios en las dos revisiones básicas (Tilson et al., 2007; Wodak y Cooney, 2004) sobre la base de un estudio primario con un diseño débil (Heinemann y Gross, 2001), Kimber et al. (2010) concluyen que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la eficacia de las máquinas expendedoras en la reducción de los comportamientos autoinformados de riesgo en la inyección de los UDI.

Programas de acceso a agujas y jeringas en prisión. A pesar de los resultados consistentes hallados en un estudio (Stöver y Nelles, 2003) sobre evaluaciones de PIJ en nueve prisiones que sugiere una reducción de los comportamientos autoin-

formados de riesgo en la inyección, debido a la falta de información sobre la calidad de los estudios Kimber et al. (2010) concluyen que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la eficacia de los PIJ en prisión en la reducción de los comportamientos autoinformados de riesgo en la inyección entre los UDI.

2.1.2. Salas de consumo higiénico supervisado (SCHS)

La investigación epidemiológica ha establecido una relación entre la inyección pública con la reducción de opciones para mantener la seguridad y la higiene (Small et al., 2007; Rhodes et al., 2007), con el elevado riesgo de infecciones virales y con la privación socioeconómica, especialmente la vivienda precaria o la falta de vivienda (Latkin et al., 1994; Klee y Morris, 1995; Galea y Vlahov, 2002; Navarro y Leonard, 2004; Corneil et al., 2006). En este contexto, las salas de consumo higiénico supervisado tienen por objeto establecer contacto con las poblaciones de consumidores de drogas a las que es difícil llegar, proporcionar un entorno de menor riesgo para el consumo de drogas a través de sus instalaciones, supervisadas por profesionales de la salud y donde los usuarios de drogas pueden consumir drogas en condiciones higiénicas y mucho más seguras, reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas y promover el acceso de los usuarios de drogas a otros recursos asistenciales de salud, sociales y de tratamiento. Desde 1996, más de 90 salas de consumo se han establecido en Suiza, Países Bajos, Alemania, España, Luxemburgo, Noruega, Canadá y Australia.

Las SCHS establecen condiciones para el consumo higiénico y seguro

Las SCHS proporcionan servicios higiénicos, material de inyección estéril, buena iluminación

para la fácil localización del punto de inyección, superficies limpias, eliminación de objetos punzantes o generadores de daño por accidente, la facilitación de consejos de salud individualizados, instrucción sobre inyección más segura, supervisión por parte de personal profesional entrenado para proporcionar cuidado y asistencia de emergencia en caso de sobredosis u otros eventos adversos, criterios de admisión, normas de seguridad y procedimientos de emergencia. Aunque la mayoría de consumidores de drogas que acuden a las SCHS son inyectores, algunas atienden igualmente a fumadores de heroína y crack. En todos los casos, las drogas utilizadas son obtenidas previamente al acceso a las SCHS, preparadas y autoadministradas por los propios usuarios, ya que los profesionales supervisan pero no ayudan en la inyección. A pesar de que millones de inyecciones se producen en las SCHS en los últimos 20 años, no han sido informadas muertes por sobredosis (Poschadel et al., 2003; Milloy et al., 2008; Expert Advisory Committee on Supervised Injection Site Research, 2008).

Las SCHS reducen las conductas de riesgo

El informe europeo sobre SCHS (Hedrich, 2004) identificó 12 estudios y una evaluación de las repercusiones de las SCHS en Países Bajos, Alemania y Suiza sobre los comportamientos de riesgo. Aunque sujetos a diversas limitaciones metodológicas, todos los estudios europeos indican efectos positivos. Por ejemplo, varios estudios prepost en Holanda mostraron un mayor conocimiento de medidas de higiene y seguridad en la inyección de drogas entre los usuarios de las SCHS (Meijer et al., 2001; Linssen et al., 2001); y estudios transversales en Alemania y Holanda constataron mejoras autoinformadas por una gran proporción de usuarios de SCHS en relación con las conductas de riesgo en la inyección, las prácticas de inyección y la higiene (Jacob et al., 1999; Poschadel et al., 2003; Van der Poel et al., 2003; Zurhold et al., 2001). Estudios transversales mostraron una disminución de la pro-

porción de usuarios de SCHS que informaban compartir la jeringa e intercambiar otros materiales de inyección (Benninghoff et al., 2001, 2003; Benninghoff y Dubois-Arber, 2002; Solai et al., 2006), así como incrementos en la proporción de usuarios que informan de que no aceptarían material de inyección usado (Minder Nejedly y Burki, 1999; Reyes Fuentes, 2003; Ronco et al., 1996a, 1996b). Estos hallazgos se han visto confirmados por Dubois-Arber et al. (2008b) y por un estudio más reciente en España (Bravo et al., 2009), que también informa de bajas tasas de uso compartido de jeringas entre los usuarios de drogas inyectables con perfiles elevados de exclusión social que asisten a las SCHS. Un reciente metaanálisis (Milloy y Wood, 2009) muestra efectos muy similares e indica que el uso frecuente de la SCHS se asocia con una disminución del 70 por 100 de la probabilidad de autoinformar uso compartido de jeringas.

En conjunto, estos estudios proporcionan clara evidencia de que el uso de SCHS se asocia con una reducción de autoinformes y observaciones sobre comportamientos de riesgo en la inyección, incluyendo el riesgo de sobredosis, y mejoras en la higiene, especialmente entre aquellos que utilizan las instalaciones de forma coherente (Hedrich, Kerr y Dubois-Arber, 2010).

Las SCHS reducen la morbilidad

No se pueden sacar conclusiones sobre el impacto directo de las SCHS en la incidencia de las enfermedades infecciosas y de lesiones relacionadas con la inyección debido a la falta de estudios, aunque este tipo de lesiones pueden representar una fuente significativa de morbilidad entre las personas que se inyectan drogas (Palepu et al., 2001; Salmon et al., 2009a), así como a problemas metodológicos tales como aislar el efecto de las SCHS de otras intervenciones (tratamiento de sustitución, intercambio de agujas, etc.), las bajas tasas de incidencia del VIH y VHC o la baja cobertura de la población de riesgo (Hedrich et al., 2010). De los pocos estudios realizados, en Síd-

ney, entre los usuarios de la SCHS se observó una pequeña disminución de lesiones relacionadas con la frecuencia de inyección, incluyendo menos hematomas, cicatrices y abscesos (NCHECR, 2007b). En Vancouver, el riesgo de infecciones bacterianas relacionadas con la inyección disminuyó entre los usuarios de la SCHS, y el uso de las instalaciones se asoció a otras prácticas de inyección seguras, incluyendo la disminución de reutilización de jeringas y el aumento del uso de agua estéril y de toallitas de alcohol en los puntos de inyección (Stoltz et al., 2007).

Las SCHS reducen la mortalidad (sobredosis)

Existe alguna evidencia del impacto de las SCHS en la mortalidad, pero esta evidencia es mayormente indirecta y en base a los resultados de las emergencias que ocurren en las instalaciones (Hedrich et al., 2010). La mayoría de las situaciones de emergencia entre los usuarios de las SCHS están relacionadas con la sobredosis en la inyección de heroína, con proporciones más pequeñas en el consumo de cocaína (Hedrich et al., 2010). Las tasas de emergencias pueden variar desde 0,5 hasta 7 por cada 1.000 inyecciones (véase Hedrich, 2004, para Alemania, Países Bajos, Suiza y España; Kerr et al., 2006b, para Vancouver; NCHECR, 2007b, para Sídney, y Skretting y Olsen, 2008, para Noruega). Como en las SCHS están disponibles las intervenciones inmediatas, estas sobredosis son eventos con repercusiones menos graves que en otros lugares, y es menor el número de asistencias de ambulancias y hospitalizaciones necesarias (NCHECR, 2007b). Además, al proporcionar una intervención inmediata después de los primeros signos de sobredosis, también se pueden prevenir otras afectaciones no mortales derivadas de ella, como daños irreversibles en el cerebro y en otros órganos vitales debido a la hipoxia (Van Beek et al., 2004; Hämmig y Van Beek, 2005; NCHECR, 2007b). Además, las SCHC situadas cerca de los espacios abiertos de consumo de drogas pueden responder a sobredosis en las inmediaciones.

Las SCHS mejoran el acceso al tratamiento médico y para la dependencia

En la mayoría de las SCHS europeas normalmente se ofrece una amplia gama de otros servicios junto con la supervisión del consumo de drogas, tales como la atención médica de bajo umbral y servicios de asesoramiento psicosocial que, bien utilizados, contribuyen a la estabilización y mejora de la salud somática y psicológica de los usuarios (Linssen et al., 2001; Poschadel et al., 2003; Zurhold et al., 2001; Van der Poel et al., 2003; Ronco et al., 1994). En Vancouver y Sídney, el uso de las instalaciones se asoció con un mayor acceso a la atención sanitaria (Wood et al., 2006a, 2007b; Van Beek, 2003; Tyndall et al., 2006; NCHECR, 2007a, 2007b; Kimber et al., 2008b). En Vancouver aumentó un 30 por 100 la captación para desintoxicación y el posterior tratamiento de la adicción (Hedrich et al., 2010). Especialmente para usuarios de alta frecuencia de uso, las SCHS actúan como puente o puerta de entrada hacia un sistema asistencial más amplio y facilitan el acceso a los tratamientos médicos, psicosocial y para la dependencia. Por ejemplo, en Vancouver, entrar en un programa de desintoxicación fue más probable entre los UDI que hicieron uso de la SCHS al menos una vez por semana (Wood et al., 2007b).

Aunque los tratamientos de mantenimiento con opiáceos reducen el nivel de consumo de opiáceos ilícitos y la frecuencia de inyección, el consumo inyectado de drogas todavía se produce entre usuarios adscritos a tratamiento de mantenimiento con opiáceos y, en consecuencia, también éstos pueden utilizar las SCHS. Por ejemplo, durante los primeros siete años de funcionamiento de la SCHS de Sídney, el 13 por 100 de todos los usuarios registrados en las instalaciones indicaron estar en tratamiento con metadona (Van Beek, 2007). Los datos del primer año de funcionamiento de la SCHC de Ginebra (2002) muestran que una mayoría (61,1 por 100) de los usuarios informaba en el momento de la inscripción de que estaban en tratamiento de sustitución (Dubois-Arber, 2008a). La cuestión de si los pa-

cientes en tratamiento con metadona por vía oral deben utilizar las SCHS para la inyección puede abordarse de distintas formas. En Alemania y Luxemburgo los pacientes de metadona son formalmente excluidos de la mayoría de las salas de consumo (Hedrich et al., 2010). Sin embargo, desde el punto de vista pragmático se plantea que si los pacientes de metadona se van a inyectar de todas formas, es mejor que lo hagan en condiciones higiénicas en las que además exista la posibilidad de que personal cualificado los supervise.

Evidencia de las SCHS sobre la incidencia/prevalencia del VIH y el VHC

Hay pocos datos disponibles sobre el impacto de las SCHS en la incidencia de las enfermedades infecciosas entre los drogodependientes que usan estas instalaciones, y metodológicamente es difícil establecer el efecto que causan las SCHS y los de otras medidas de reducción del daño encaminadas a la prevención de las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas (Hedrich, 2004). En base a ello, Kimber et al. (2010) concluyen que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar el efecto de las SCHS sobre la prevalencia/incidencia del VIH o el VHC.

Evidencia de las SCHS sobre los comportamientos de riesgo en la inyección

Los datos hallados en múltiples estudios identificados en dos revisiones complementarias (Hedrich, 2004; Kerr et al., 2007) y un metaanálisis (Milloy y Wood, 2009) mostraron pruebas sólidas de un impacto positivo de las SCHS en relación con el conocimiento y los comportamientos de riesgo en el uso de la inyección, incluyendo: un mejor conocimiento y/o prácticas de una inyección más higiénica y segura (Benninghoff y Dubois-Arber, 2002; Benninghoff et al., 2003; Jacob et al., 1999; Linssen et al., 2000; Meijer et al., 2001; MSIC Evaluation Committee, 2003; Poschadel et al., 2003; Van der Poel et al., 2003;

Zurhold et al., 2001); un mayor uso de equipos de inyección estéril para todos los usos inyectados (MSIC Evaluation Committee, 2003; Reyes Fuentes, 2003; Ronco et al., 1996), y una disminución del uso compartido del equipo de inyección (Benninghoff y Dubois-Arber, 2002; Benninghoff et al., 2003; Dubois-Arber et al., 1999; MSIC Evaluation Committee, 2003). Hedrich (2004) indica que estos efectos aumentan con una mayor frecuencia de uso de las SCHS a lo largo del tiempo, y que estos cambios se mantienen en consumos realizados fuera de las instalaciones de las SCHS. En base a todo ello, se concluye que hay tentativa de revisión del nivel de evidencia de que el uso de SCHS está asociado con la reducción de comportamientos de riesgo en la inyección y con las mejoras higiénicas en las prácticas de inyección, especialmente cuando se producen en las instalaciones de las SCHS y entre los usuarios habituales de éstas (Kimber et al., 2010).

Evidencia de las SCHS sobre la mortalidad asociada a sobredosis

Las dos principales revisiones (Hedrich, 2004; Kerr et al., 2007) identificaron un único estudio sobre las SCHS y la mortalidad asociada a sobredosis (Poschadel et al., 2003), el cual constató una asociación significativa entre el uso de las SCHS y la reducción de muertes relacionadas con sobredosis. Hedrich (2004) también describe otro estudio en Sídney, indicando que los datos clínicos y epidemiológicos sugieren que es probable que una proporción de sobredosis tratadas en las SCHS, al menos cuatro por año, habrían sido fatales si hubieran ocurrido en otro lugar (MSIC Evaluation Committee, 2003). Ante la falta de un mayor número de estudios, se concluye que no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar el efecto de las SCHS en la reducción de muertes por sobredosis (Kimber et al., 2010), pero no existe prueba alguna de que las SCHS contribuyan al aumento de la morbilidad y los riesgos de mortalidad entre los usuarios de drogas, ya que millones de

consumos de drogas han sido supervisados y miles de urgencias atendidas sin que se hayan producido muertes por sobredosis (Hedrich, 2004).

2.1.3. *Programas sociosanitarios*

Se ofrece información y talleres sobre aspectos relacionados con el consumo, higiene, nutrición, intercambio de jeringuillas, asesoría sanitaria o jurídica, formación y apoyo a los usuarios de drogas y a su entorno social. Los talleres de consumo de menor riesgo pueden constituir el modelo de referencia para la divulgación y adiestramiento de técnicas de consumo más seguras y conductas para la prevención de sobredosis. Para reducir los riesgos asociados al consumo, otras estrategias, como facilitar kits de naloxona a determinados consumidores, pueden ser acciones a tener en cuenta.

Evidencia sobre la distribución de naloxona a pares

Los datos de cuatro estudios prospectivos (Seal et al., 2005; Strang et al., 2008; Tobin et al., 2009; Wagner et al., 2009) y tres estudios transversales (Green et al., 2008; Piper et al., 2008; Sherman et al., 2009) sugieren que el entrenamiento de pares en la distribución de naloxona para la prevención de sobredosis aumentó los conocimientos, la confianza y las habilidades de los participantes para responder de manera efectiva en caso de sobredosis.

La experiencia de Nueva York, entrenando a usuarios en la administración de naloxona y distribuyendo una gran cantidad de kits, ha demostrado una disminución de las sobredosis registradas y un elevado número de sobredosis resueltas positivamente por la intervención de usuarios entrenados (Piper et al., 2008). Otro estudio realizado en Chicago sobre un programa de distribución de naloxona a pares que funciona desde 2001 mostró que la tendencia al alza de las muertes por sobredosis de heroína el año antes del inicio del programa se cuadruplicó entre 1996 y 2000,

invirtiéndose en 2001 con una disminución del 20 por 100 en 2001 y de un 10 por 100 en 2002 y 2003 (Maxwell et al., 2006). En base a estos pocos estudios, parece que se constatan resultados positivos sobre el efecto de la distribución de naloxona a pares en la reducción de la mortalidad asociada a sobredosis, aunque no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para sacar conclusiones definitivas (Kimber et al., 2010).

2.2. La reducción del daño en heroína

2.2.1. *Programas de tratamiento de sustitución de opiáceos (TSO)*

La terapia de sustitución de opiáceos es un tratamiento consistente en la administración de un fármaco opioide de acción prolongada, generalmente por una vía de administración no parenteral, cuyos efectos terapéuticos son prevenir o reducir sustancialmente la inyección de opiáceos ilícitos, como la heroína, y cuyo objetivo es mejorar la salud y el bienestar de la persona dependiente de estas sustancias.

Programas de mantenimiento con metadona (PMM)

El tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) fue introducido en Europa en 1960, aunque con escasa cobertura y, a menudo, en el contexto de programas orientados a la abstinencia (Hedrich et al., 2008). La aparición del VIH a mediados de la década de los ochenta sirvió para revitalizar este tipo de intervención y extenderlo a otros modelos de intervención, como el proyecto de «bus de metadona» en Ámsterdam (Buning et al., 1990), que ha facilitado el acercamiento del tratamiento y su adherencia a los beneficiarios en grandes poblaciones.

Entre los principales resultados que ofrecen los PMM podemos destacar (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003):

- Los pacientes de PMM ofrecen tasas de seroconversión a VIH inferiores a los registrados por quienes no están en tratamiento (Mezger, 1993) o están en otros programas de tratamiento (Caplehorn, 1994; Duro et al., 1995).
- Disminuyen los episodios de sobredosis y conductas de riesgo (menor uso de la vía inyectable y menor uso compartido de material de inyección), con tasas de mortalidad muy inferiores a los que arrojan quienes no están en tratamiento (Grönbladh, 1990; Del Río et al., 1997; Borrás, 1999).
- Tienen lugar menores consumos de heroína en quienes están en PMM que entre quienes están en otros tipos de tratamientos limitados a la abstinencia (Bell, 1995; Rosenbach, 1995; Fernández Miranda, 1997) y mejores condiciones de consumo, con cambios en la vía de administración de los consumidores, lo cual está vinculado con la reducción de riesgo de contagio o de transmisión del VIH (Cooper, 1989; Des Jarlais et al., 1995).
- En los períodos y fases de estabilización se ha comprobado la reducción del consumo de otras sustancias como cocaína, benzodiacepinas, cannabis o alcohol (Simpson et al., 1997; McLellan, 1993; Farrell, 1994), lo cual resulta de gran interés en una población muy deteriorada por la politoxicomanía (Poo et al., 1997; Torrens, 1996).
- Reducción importante de la delictividad (Poo et al., 1997; Escudero y Ferrer, 1995; Barr et al., 1997; Bell et al., 1992; Simpson et al., 1997; Dole 1989; Strain, 1993) con un menor registro de actos delictivos y un menor número de detenciones y estancias en prisión.
- Actualmente el uso de metadona se ve garantizado por su seguridad en personas tolerantes a los opiáceos, no habiéndose detectado efectos adversos importantes ni toxicidad en estudios de seguimiento de diez a veinticinco años (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003).
- La metadona, y también otros opiáceos, utilizada en un medio controlado sanitariamente es eficaz y, por tanto, útil como fármaco de mantenimiento en mujeres embarazadas adictas a opiáceos (Senay, 1996; Fischer et al., 1999).
- Se han identificado algunos factores que correlacionan positivamente con el nivel de éxito de los PMM (Parrino, 1992; Caplehorn, 1996), como son el apoyo psicosocial, el conocimiento de las dosis recibidas por el paciente, la posibilidad de llevarse las dosis al domicilio o la orientación a medio-largo plazo del programa.

Programas de mantenimiento con LAAM

El *levo-alfa-acetil-metadol* (LAAM) es un agonista opiáceo de larga duración con una acción similar a la metadona pero una vida media más larga, lo que significa que se necesita administrar con menor frecuencia, cada dos o tres días, lo que beneficia notablemente a los usuarios a los que, debido a la distancia, tipo de vida o trabajo, se les hace difícil sobrellevar la toma diaria de metadona. La desventaja de esta sustancia es su pequeño margen de dosificación permitido debido a sus metabolitos, con alta vida media en sangre (unas 70 horas), lo cual impide administrar dosis diarias, ya que, al sumarse los efectos, podrían ocasionar dosis letales (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003).

Programas de mantenimiento con buprenorfina

El tratamiento con buprenorfina debe ser apoyado como tratamiento de mantenimiento cuando no se pueden administrar dosis más altas de metadona (Hunt et al., 2003), ya que una ventaja destacada de la buprenorfina es que su funcionamiento como agonista parcial parece ser más seguro en caso de sobredosis de buprenorfina que la metadona. También puede tener una fase de

retirada más fácil y debido a la mayor duración de su acción existe la opción de que sea administrada en días alternos. Sin embargo, el tratamiento de mantenimiento con metadona a dosis elevadas se asocia a mayores tasas de retención en tratamiento y una mejor supresión del uso de heroína que el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina (Mattick et al., 2003).

Evidencia de los TSO sobre la incidencia/prevalencia del VIH

Sobre la base de pruebas sólidas halladas en tres revisiones básicas (Gowing et al., 2008; Sorensen y Copeland, 2000; Tilson et al., 2007), que identificaron dos ensayos controlados aleatorios (Dolan et al., 2003b; Rodhes et al., 1998), cuatro estudios de cohortes (Hartel y Schoenbaum, 1998; Metzger et al., 1993; Moss et al., 1994; Williams et al., 1992), un estudio de caso-control (Serpelloni et al., 1994) y un estudio transversal (Novick et al., 1990), se concluye que hay suficiente revisión del nivel de evidencia de que los TSO son eficaces para la reducción de la seroconversión del VIH, especialmente entre las personas en tratamiento continuo (Kimber et al., 2010).

Respecto a los TSO en prisión, no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para sacar conclusiones sobre el efecto de éstos sobre la seroconversión del VIH en los centros penitenciarios (Kimber et al., 2010).

Evidencia de los TSO sobre la incidencia/prevalencia del VHC

A partir de las pruebas de múltiples estudios longitudinales (Rezza et al., 1996; Thiede et al., 2000; Chamot et al., 1992; Crofts et al., 1997; Selvey et al., 1997; Hallinan et al., 2004; Miller et al., 2004; Craine et al., 2009; Maher et al., 2006; Van den Berg et al., 2007) y una revisión adicional (Wright y Tompkins, 2006), Kimber et al. (2010) concluyen que hay tentativa de revisión del nivel de evidencia del impacto de los TSO sobre la transmisión del VHC, observándose un impacto limitado; aunque, en conjunto, la evi-

dencia disponible sugiere que contribuyen a reducir el riesgo de seroconversión del VHC entre las personas en tratamiento continuo (Kimber et al., 2010).

No hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la eficacia de los TSO en centros penitenciarios con respecto a la transmisión del VHC (Kimber et al., 2010).

Evidencia de los TSO sobre los comportamientos de riesgo en la inyección

Sobre la base de múltiples estudios identificados en tres revisiones básicas (Gowing et al., 2008; Sorensen y Copelan, 2000; Tilson et al., 2007) que examinaban el efecto de los TSO en tres categorías de comportamiento de riesgo en la inyección (prevalencia y frecuencia de la inyección, uso compartido de material de inyección y cuantificación de riesgos relacionados con las drogas), se concluye que existe suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar la eficacia de los TSO en la reducción de la frecuencia de inyección, el uso compartido de material de inyección y las puntuaciones de comportamientos de riesgo en la inyección (Kimber et al., 2010).

Sobre la base de dos revisiones complementarias (Stallwitz y Stöver, 2007; OMS et al., 2007) de estudios basados en los TSO en centros penitenciarios y comportamientos de riesgo (Bayanzadeh et al., 2004; Boguña, 1997; Dolan et al., 1996; Dolan et al., 1998; Dolan et al., 2003b; Heimer et al., 2005; Heimer et al., 2006), Kimber et al. (2010) concluyen que hay tentativa de evidencia para apoyar la efectividad de los TSO en centros penitenciarios en la reducción de comportamientos de riesgo entre los usuarios de drogas inyectables en prisión por la disminución significativa de la frecuencia de inyección de heroína y otros opiáceos.

Evidencia de los TSO sobre la mortalidad asociada a sobredosis

Sobre la base de pruebas sólidas de dos meta-análisis (Amato et al., 2005; Caplehorn et al.,

1996) y tres estudios complementarios sólidos (Best et al., 2000; Darke y Hall, 2003; Sporer, 2003), que hallaron que, por ejemplo, el tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT) redujo en un 75 por 100 el riesgo de muerte por sobredosis de heroína o suicidio (Coplehorn et al., 1996), y que el riesgo de muerte por sobredosis se reduce significativamente cuando se está en tratamiento en comparación con no estar o después de abandonarlo o salir (Best et al., 2000; Darke y Hall, 2003; Sporer, 2003), Kimber et al. (2010) concluyen que existe suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar la eficacia de los TSO para reducir el riesgo de muerte por sobredosis de opiáceos. Para Coplehorn et al. (1996), es probable que estos efectos sean dependientes de la dosis de metadona, lo que puede suponer un sólido argumento para que todos los heroínomanos tengan acceso a dosis altas y tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

A pesar de que la OMS et al. (2007) indican que la salida reciente del cumplimiento de penas en centros penitenciarios es un significativo factor de riesgo para sobredosis y de la importancia de la continuidad del TSO, no hay suficiente revisión del nivel de evidencia para apoyar o descartar la efectividad de los TSO en centros penitenciarios en la reducción de muertes por sobredosis (Kimber et al., 2010). Sólo los resultados de un estudio de seguimiento (Dolan et al., 2005) sugieren que la adherencia a TSO en centro penitenciario se asoció a una reducción de la mortalidad por sobredosis después de la liberación por cumplimiento de pena. Esta medida, combinada con el asesoramiento en reducción del daño previo a la salida, y continuada con la aplicación de programas que establezcan contacto con los usuarios de drogas posteriormente a su liberación, podría aumentar su potencial preventivo. La experiencia nos sugiere que algunos de estos usuarios de drogas vuelven a consumirlas al salir del centro penitenciario, bien como consecuencia de una recaída, bien como consumo puntual («homenajes»), y que el desconocimiento de la pureza aproximada de la sustancia (dado que no son compradores habi-

tuales del suministrador), así como la dosis consumida (que en gran parte de los casos es la dosis habitual previa al ingreso en centro penitenciario y que puede resultar excesiva posteriormente a un proceso de desintoxicación y un TSO), se combinan aumentando de manera significativa el riesgo de sobredosis.

2.2.2. Programas de heroína prescrita

Los programas con heroína presentan ventajas inmediatas, como la vinculación de los pacientes con la red de atención sociosanitaria, la disminución de problemas sanitarios y la reducción de conflictividad social y delincuencia, y también tiene beneficios a medio y largo plazos al alejar el consumo de la exclusión (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2003). Uchtenhagen et al. (1999) encontraron que, a los 18 meses de tratamiento con heroína, los pacientes habían mejorado su situación de vivienda, casi se duplicó el número de pacientes que alcanzaron un empleo estable, se redujo sensiblemente la actividad delictiva de los pacientes y se registró una disminución en el número de pacientes que mantenían contacto regular con otros usuarios de drogas. Van den Brink et al. (2002) y Mettrebian et al. (1998) hallaron similares resultados; sin embargo, el número de pacientes en paro era considerable.

Rigurosos ensayos controlados aleatorios se han llevado a cabo sobre el tratamiento de heroína prescrita en seis países (Suiza, Países Bajos, Alemania, España, Canadá y Reino Unido) en los últimos 15 años (Wodak, 2011). La mayoría de los ensayos incluyeron a consumidores de heroína altamente dependientes que habían fracasado en múltiples intentos de tratamiento previos y los compararon con pacientes de tratamiento con metadona de alta calidad. Mejoras de alrededor del 60 por 100 fueron informadas en cada uno de los estudios en salud física y mental y funcionamiento social en los pacientes de tratamiento con heroína prescrita en comparación con aquellos que recibieron únicamente metadona.

Respecto a si la prescripción de heroína actúa en detrimento de la elección de otros tratamientos, Metrebian et al. (1998, 2000) encontraron que cuando se ofrece la opción de recibir metadona oral o heroína inyectable, un tercio de los pacientes elige la metadona, por lo que no siempre la heroína es el fármaco preferido. En Suiza hallaron que el 30 por 100 de los pacientes que recibieron heroína prescrita cambiaron a metadona oral después de un año, y el 60 por 100, después de siete años (Uchtenhagen et al., 2001).

Aunque el tratamiento con heroína prescrita es más caro que el tratamiento con metadona, se estima que el coste de los beneficios del tratamiento duplicó el coste de este tratamiento (Wodak, 2011). Algunas investigaciones parecen indicar que el tratamiento con heroína prescrita retiene a más usuarios que el tratamiento de mantenimiento con metadona. En un ensayo aleatorio controlado, Hartnoll et al. (1980) encontraron una mayor tasa de retención entre el grupo de heroína (74 por 100) en comparación con el grupo de metadona (26 por 100) a los 12 meses de tratamiento. Resultados en esta línea hallaron Metrebian et al. (2000), pues en su estudio los pacientes en tratamiento con heroína (59 por 100) se mantenían mejor en tratamiento a los 12 meses que los de tratamiento de metadona (48 por 100).

2.3. La reducción del daño en estimulantes

Recientemente existe un creciente interés por modificar el enfoque de la abstinencia de estimulantes hacia un tratamiento de sustitución basado en la eficacia de la terapia de sustitución de la nicotina y dependencia de opiáceos (Moeller et al., 2008; Shearer, 2008), reemplazando el uso nocivo de estimulantes por otras drogas farmacéuticas legales más seguras, evitando contaminantes y los riesgos asociados y permitiendo la estabilización del consumo y la facilitación de intervenciones psicosociales adicionales.

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir la transmisión de virus por vía sanguínea en el uso de estimulantes

La reducción del daño para inyectores de estimulantes depende en gran medida de la evidencia para la prevención del VIH entre los inyectores de heroína (Kimber et al., 2010), pero exige la consideración de las particularidades únicas que tiene la inyección de estimulantes (Grund et al., 2010), en concreto un consumo más compulsivo que implica una inyección de la sustancia más frecuente y desorganizada que limita las medidas de higiene y seguridad y, en lo referente a la sexualidad, un aumento de los comportamientos de riesgo. La transmisión de virus por vía sanguínea, especialmente VIH y VHC, está consistentemente asociada con el uso de estimulantes (Mitchell et al., 2006), debido principalmente a la alta frecuencia del uso de inyección (Kral et al., 2001; Gibson et al., 2002), el uso compartido de material de inyección (Rotheram-Borus et al., 1999) y el aumento de conductas sexuales de riesgo. Esto sugiere que los inyectores de estimulantes deben tener fácil acceso a grandes cantidades de material de inyección estéril y medios de protección sexual como preservativos y consejos de salud. Para ello los PIJ deberían desarrollar políticas liberales de distribución de material de inyección (reconsiderando la barrera que puede implicar los intercambios «uno por uno»), tener horarios de apertura amplios y complementar estas acciones con espacios de descanso (centros de encuentro y acogida, café-calor) y actividades educativas sobre los riesgos de la inyección y la conducta sexual no protegida.

Aunque la transmisión del VIH entre los fumadores de cocaína se produce principalmente a través de las relaciones sexuales sin protección (Haverkos y Stell, 1991), otras posibles vías de infección son las úlceras orales y los labios agrietados por los tubos calientes (Ward et al., 2000; Faruque et al., 1996; Porter y Bonilla, 1993) al realizar sexo oral sin protección (Faruque et al., 1996; Theall et al., 2003) o al compartir estos tubos, que pueden contener restos sanguíneos (Hagan et al.,

2005). El VHC está presente en el fluido gingival (Suzuki et al., 2005), las secreciones nasales (McMahon et al., 2004), la saliva de los tubos (Hermida et al., 2002) y las pipas de crack (Fischer et al., 2008), siendo estas últimas con frecuencia de vidrio, metal u otros materiales que pueden llegar a ser extremadamente calientes y tienen bordes irregulares. Estudios recientes de cocaína fumada y la transmisión del VHC han señalado el uso compartido de las pipas de vidrio (o pipas de crack) como factor de riesgo (Poschadel et al., 2002; Verthein et al., 2001; Zurhold et al., 2001; Zurhold et al., 2003; Vogt y Zeissler, 2005; Broadhead et al., 2002; Poel et al., 2003; Hedrich, 2004). En Canadá y Estados Unidos tienen en marcha programas específicos para los fumadores de cocaína (Boyd et al., 2008; Leonard et al., 2006; Leonard et al., 2007), tales como la distribución de kits con materiales para prevenir las lesiones orales o de las vías respiratorias al fumar, denominados «kits de grietas» (Porter y Bonilla, 1993; Malchy et al., 2008; Collins et al., 2005).

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir enfermedades de transmisión sexual, infecciones bacterianas y otras complicaciones en el uso de estimulantes

Los estimulantes se han asociado con un aumento de la incidencia de muchas enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, la gonorrea y el chancro (Bauwens et al., 2002; Friedman et al., 2003; Stoner et al., 2000), así como varias infecciones bacterianas (Kerr et al., 2005) y la tuberculosis (Malakmadze et al., 2005; McElroy et al., 2003). El amplio suministro de material de inyección y de protección sexual también puede contribuir a reducir infecciones de transmisión sexual y bacterianas (Beek et al., 2001; Kerr et al., 2005). Técnicas de inyección higiénicas, el uso de cremas antibacterianas y la rotación de las zonas cutáneas de inyección pueden ayudar a reducir las infecciones bacterianas (Stern, 1992). La higiene básica (lavado de manos, uñas cortas) y el cuidado de las venas, así como el cuidado de heridas simples y la formación en inyección más segura,

pueden prevenir las infecciones en inyectores de cocaína (Beek et al., 2001; Kerr et al., 2005; Rhodes et al., 2007). Servicios de curas básicas en los PIJ (heridas y abscesos) pueden aumentar el contacto clínico con el usuario de drogas, ofreciendo un mayor número de oportunidades de ser remitidos a otros servicios asistenciales y sanitarios, tales como el asesoramiento y pruebas del VIH, atención médica especializada y tratamiento de drogas.

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir las complicaciones neurológicas y cardiovasculares en el uso de estimulantes

La reducción de dosis y de la frecuencia de uso es la estrategia más común para paliar el «bajón» de los estimulantes, la depresión y las complicaciones de daño neurológico (Allott y Redman, 2006) y cardiovasculares (Grund et al., 2010).

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir las complicaciones pulmonares en el uso de estimulantes

El filtrado de drogas estimulantes es poco probable que reduzca el daño de estas drogas en el tejido pulmonar. No obstante, proporcionando filtros se puede reducir la exposición orofaríngea para las brasas, lo que evita quemaduras en la boca y garganta. Los programas de reducción de daños de Canadá y Estados Unidos ofrecen «kits de crack» que incluyen tubos de pírex o boquillas de goma (Leonard et al., 2007), lo que puede disminuir las laceraciones de los labios. Otras estrategias para reducir el daño pulmonar podrían incluir la vaporización y otros medios para filtrar talco y otras partículas, y la frecuencia de la neumonía puede ser mitigada mediante vacunación antineumocócica y la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (Grund et al., 2010).

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir las sobredosis en el uso de estimulantes

La sobredosis de cocaína es frecuentemente cardiovascular (Grund et al., 2010). El uso con-

comitante de opioides, alcohol u otras drogas depresoras está estrechamente asociado con sobredosis de cocaína, lo que sugiere que la limitación del consumo de otras sustancias durante el uso de cocaína puede reducir el riesgo de sobredosis (Grund et al., 2010).

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir los problemas de salud mental en el uso de estimulantes

Muchos problemas de salud mental están asociados con la dosis de uso de estimulantes y el modo de administración. El cese del consumo de cocaína inyectada o fumada puede ser indispensable para la reducción de la morbilidad de enfermedad mental relacionada con esta sustancia (Beek, et al., 2001), pero el autocontrol del uso también puede ser útil (Prinzleve et al., 2002; Hasen et al., 2005). Organizaciones como HIT en Liverpool, Lifeline en Manchester, Energy Control en Barcelona y Mainline en Ámsterdam han desarrollado varios folletos expresamente para usuarios de cocaína, con consejos sobre el control del consumo y la gestión de los riesgos para la salud mental. Los usuarios de estimulantes con frecuencia se automedican con heroína o tranquilizantes para controlar otros efectos secundarios, como la ansiedad o la irritabilidad (Grund, 1993; Decorte, 2001). Otra intervención es la habilitación de salas de descanso para los inyectores de cocaína y crack, integradas dentro de un centro de bajo umbral donde además se ofrece asesoramiento, atención médica y psiquiátrica, una sala de consumo higiénico supervisado y pernocta (Vogt et al., 2000; Stöver, 2001; Verthein et al., 2001).

2.4. La reducción del daño en cannabis

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir la dependencia del cannabis

La primera medida de reducción del riesgo de dependencia del cannabis es informar a los usua-

rios de que el riesgo aumenta con el uso regular y es mayor cuando se consume a diario durante semanas o meses, al igual que sucede con el alcohol y el tabaco. La detección precoz y el consejo breve pueden adoptarse como intervención en centros de atención primaria, por ejemplo entre adultos jóvenes con problemas respiratorios o síntomas de ansiedad y depresión (Degenhardt et al., 2001), y en los centros educativos, por ejemplo con jóvenes adolescentes que muestran déficit de atención, problemas de memoria, dificultades académicas y absentismo. Del mismo modo, las intervenciones breves pueden orientarse hacia los grupos de alto riesgo de consumo de cannabis, por ejemplo a través de los servicios de salud mental juvenil, los centros de medidas judiciales para jóvenes y entre los estudiantes universitarios (Hall et al., 2008a). Un enfoque inspirado en el Brief Drinker Check-up para bebedores (Miller y Sovereign, 1989) proporciona un modelo prometedor para plantear los riesgos sanitarios del consumo de cannabis de una manera no conflictiva (Berghuis et al., 2006). Este enfoque ha sido probado y evaluado con resultados prometedores en una serie de estudios (Martin y Copeland, 2008; Stephens et al., 2007).

Evidencia de las estrategias dirigidas a informar a los jóvenes de los riesgos para la salud mental del consumo de cannabis

La educación sobre los riesgos del consumo de cannabis debe explicar los riesgos para la salud mental de la intoxicación habitual de alcohol y cannabis y definir los grupos de alto riesgo, es decir, aquellos con antecedentes familiares de psicosis y aquellos que han tenido malas experiencias con el cannabis (Hall y Fischer, 2010). Además de un posible aumento del riesgo de psicosis, la dependencia también perjudica a su nivel educativo y posiblemente incrementa el riesgo de depresión (Hall, 2006; Patton et al., 2002). La tentación para padres y educadores de la salud es argumentar que todo el mundo está en riesgo, ya que es difícil predecir quiénes son más vulnerables; sin embargo, esta estrategia es de dudosa

eficacia y puede reducir la credibilidad del mensaje al ser evidente la exageración del riesgo (Hall y Fischer, 2010).

Evidencia de las estrategias dirigidas a reducir los riesgos respiratorios

Es razonable aconsejar a los fumadores de cannabis que eviten retener la respiración o «inhalación profunda». Esta práctica aumenta las cantidades de partículas de alquitrán que se retienen en los pulmones sin que necesariamente se incremente la absorción de THC (Hall y Fischer, 2010). También es recomendable eliminar el uso de tabaco en los preparados para fumar cannabis debido a la adicción al tabaco y la carcinogenicidad. Los vaporizadores parecen ser la forma más prometedora de reducir la inhalación de carcinógenos y tóxicos al fumar cannabis (Grotenhermen, 2004; Melamede, 2005). En un estudio realizado por Gieringer et al. (2004), éstos hallaron que los vaporizadores lograban una eficacia similar en la entrega de THC que fumar un cigarro de cannabis, mientras que la reducción de los niveles de carcinógenos era muy significativa. Abrams et al. (2007) compararon los efectos de diferentes dosis de cannabis vaporizado y fumado, y descubrieron que el vaporizador proporcionaba cantidades similares de THC y producía efectos psicológicos similares.

Evidencia de las estrategias políticas de control del cannabis

Bajo las actuales políticas de control del cannabis en muchos países, los consumidores que son sorprendidos en posesión de cannabis pueden estar expuestos a consecuencias legales que pueden afectar negativamente a sus vidas (Lenton, 2000), de modo que esto podría derivar en daños más graves que los acarreados por el propio uso de cannabis (Wodak et al., 2002), por ejemplo dificultar las relaciones personales o profesionales, restringir la posibilidad de desplazamiento y otros perjuicios (Room et al., 2008). La limitada investigación (Erickson, 1980; Lenton et al., 1999a;

Lenton et al., 1999b) sugiere que muchas personas condenadas por delitos de cannabis no tienen otros antecedentes penales, que una condena afecta negativamente a sus perspectivas de empleo y a su reputación y que estas medidas tienen un efecto insignificante en el consumo de cannabis. En consecuencia, la no aplicación o eliminación de las sanciones penales en el caso del consumo personal de cannabis es una forma de reducir los efectos negativos de este tipo de leyes en los consumidores, y permite centrar los esfuerzos en abordar el consumo de cannabis desde una perspectiva de salud pública en lugar de mediante políticas de control represivo (Hall y Fischer, 2010).

2.5. La reducción del daño en tabaco

2.5.1. Las estrategias que reducen el daño a los fumadores pasivos

Evidencia de la prohibición de fumar en espacios públicos

Los fumadores pasivos (que están expuestos al humo exhalado por los fumadores) tienen mayor riesgo para las mismas enfermedades que afectan a los fumadores. La investigación ha demostrado que la legislación que prohíbe fumar en espacios públicos cerrados tales como edificios de oficinas, restaurantes, cafés, bares y discotecas ofrece protección a los empleados y clientes, y reduce su exposición pasiva al humo en estos entornos (Hopkins et al., 2001).

2.5.2. Las estrategias que reducen el daño a los fumadores

Evidencia de la regulación de la nocividad de las emisiones de los cigarrillos

La industria tabacalera comenzó a desarrollar cigarrillos «más seguros» en respuesta a la emergente evidencia de los perjuicios causados por el tabaquismo en la década de los cincuenta (Glantz et al., 1996), por ejemplo el cigarrillo con filtro o

los cigarrillos con bajo contenido de alquitrán y nicotina en la década de los ochenta (Stratton et al., 2001). Más recientemente, la industria tabacalera ha comercializado los cigarrillos bajos en nitrosamina y los filtros de carbono, ambos reivindicados como métodos para exponer a los fumadores a un menor número de toxinas. El principal problema de estas medidas es que la reducción de algunas toxinas se realiza generalmente a costa de un aumento de las demás (King et al., 2007). Además, no hay evidencia de que la reducción o eliminación de conocidas toxinas en los cigarrillos produzcan reducciones observables en la prevalencia de cáncer de pulmón relacionado con el tabaquismo (Pankow et al., 2007). Sin embargo, la publicidad en torno a estos cambios puede dar la impresión a los consumidores de que se reducen significativamente los daños, y esta imagen errónea puede disminuir la preocupación de los fumadores por su salud y desalentar el abandono del hábito de fumar.

Evidencia de los dispositivos similares a los cigarrillos

Los dispositivos similares a los cigarrillos tienen como objetivo minimizar los alquitranes y maximizar la nicotina del tabaco por calentamiento para producir un aerosol o vapor en lugar de humo. Algunos de estos productos reducen las emisiones de una o más toxinas clave, pero ciertos estudios informan de un aumento de las emisiones de las demás (Breland et al., 2002; Breland et al., 2006; Fagerström et al., 2000; Stratton et al., 2001).

Evidencia de los productos de tabaco sin humo: la nicotina farmacéutica

Los productos de tabaco sin humo incluyen tabaco de mascar, pastillas de tabaco comprimido, chicles de nicotina y tiras solubles (Hatsukami et al., 2007). Estos productos presentan más posibilidades de reducir el daño que el tabaco fumado porque no hay combustión ni vaporización y, por tanto, no hay riesgo de enfermedades res-

piratorias, incendio o de fumar de modo pasivo (Gartner, Hall y McNeill, 2010). El uso de productos de tabaco sin humo no está asociado con enfermedades respiratorias, incluyendo cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero algunos riesgos potenciales para la salud siguen existiendo, como el cáncer de boca o de páncreas, la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2. Aun así, estos riesgos parecen ser mucho menores que los de fumar. Estos productos tienen un riesgo mínimo de abuso, en parte debido a su diseño (Gartner et al., 2010). El uso a largo plazo parece ser seguro y en ex fumadores puede ayudar a prevenir la recaída en el hábito de fumar (Hajek et al., 2007; Medioni et al., 2005); también para fumadores que no pueden abandonar el hábito después de varios intentos la nicotina farmacéutica puede ser una alternativa a largo plazo (Kozlowski, 2002, 2003).

2.6. La reducción del daño en alcohol

Muchas de las intervenciones de reducción del daño evaluadas son parte de programas comunitarios con varios componentes diseñados para prevenir y reducir el uso nocivo de alcohol, mientras que otras son intervenciones independientes realizadas a nivel local o nacional.

Evidencia de los programas multicomponentes

Los programas multicomponentes incluyen la identificación de problemas relacionados con el alcohol a nivel local y la aplicación de un programa de proyectos coordinados para hacer frente al problema, sobre la base de un diseño integrador en el que las intervenciones singulares se utilizan en combinación unas con otras y/o se secuencian en el tiempo; la identificación, la coordinación y la movilización de los organismos locales, las partes interesadas y la comunidad son elementos clave (Thom y Bayley, 2007). Mientras que los objetivos específicos de los programas multicomponentes varían, el objetivo principal es asegurar cambios duraderos a largo plazo.

Respecto a la eficacia de los programas multicomponente, en la revisión realizada por Thom y Bayley (2007) estos autores informan de que, aunque hay pruebas en la investigación internacional en cuanto a qué componentes es probable que funcione a nivel independiente, lo que está menos claro es cómo funcionan en combinación o qué tipo de combinaciones pueden resultar más efectivas. Esto es en parte debido al esperado efecto sinérgico de los componentes y también a los posibles efectos acumulativos en el tiempo, y además no ha sido posible identificar la contribución particular de cada uno de los componentes para los resultados del programa en su conjunto (US Department of Health and Human Services, 2000). Los mismos autores concluyen que la evidencia sugiere que los programas multicomponentes tienen una mayor probabilidad de éxito que los proyectos independientes.

Evidencia de la estrategia de mejorar los espacios de consumo de alcohol

Entre las iniciativas para mejorar el entorno del consumo de alcohol se incluyen:

1. La formación del personal que dispensa las bebidas y sistemas de acreditación con el objetivo de reducir las ventas a menores de edad y de evitar la excesiva dispensación a un consumidor y la violencia en el entorno de los locales.
2. Premios a la buena gestión de los locales.
3. El uso de cristalería de seguridad (o plástico) (Forsyth, 2008) y la acción del personal de la puerta para prohibir sacar vidrio y recogerlo (Young y Hirschfield, 1999).

Una revisión sistemática reciente (Ker y Chinnock, 2008) concluyó que no hay evidencia suficiente de que este tipo de intervenciones sean eficaces para prevenir lesiones, aunque hay datos positivos, como los de Young y Hirschfield (1999) que hallaron que los informes hospitalarios mostraban una reducción de las lesiones por vidrio durante la campaña del «Cristal Clear» en Liverpool.

Evidencia de las estrategias de reducción de daños automovilísticos asociados al alcohol

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado que las políticas para restringir la conducción asociada al consumo de alcohol han sido muy eficaces (Herring et al., 2010). Éstas incluyen la tolerancia de una baja concentración de alcohol en sangre, pruebas aleatorias de aliento, suspensión del carné de conducir y reducción gradual de las licencias y niveles tolerados de alcohol para conductores principiantes. Por ejemplo, en Suiza se redujo el límite legal de alcoholemia de 0,8 g/l a 0,5 g/l y se introdujeron las pruebas aleatorias de aliento en enero de 2005, año en que se redujo un 25 por 100 el número de víctimas mortales en accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, y un 20 por 100 sobre el global de muertes en carretera (ETSC, 2008).

Menos efectivos son los planes de asignación de conductor y los enfoques de educación en la escuela (Babor et al., 2003). La evidencia muestra que el nivel de alcohol en sangre de los conductores asignados es generalmente menor que la del resto de pasajeros, pero a menudo mayor que el límite legal permitido, y la asignación de un conductor se asocia a un mayor consumo de alcohol por parte del resto de pasajeros (Herring et al., 2010).

2.7. La reducción del daño en jóvenes: el uso recreativo de drogas

En la actualidad, aunque el aumento en el consumo de sustancias entre los jóvenes se atribuye principalmente al uso de cannabis y éxtasis, éstas también tienen riesgos para la salud, especialmente para los usuarios que las consumen habitualmente y que por tanto están en mayor riesgo de daño. Sin embargo, ha habido sorprendentemente pocos intentos de sintetizar las evidencias relativas a las intervenciones en los países europeos que aborden el uso de las drogas recreativas en jóvenes (Fletcher et al., 2010).

Evidencia de las campañas en los medios de comunicación

Las campañas en los medios de comunicación que pretenden reducir los daños asociados con el uso recreativo de drogas por parte de los jóvenes rara vez han sido evaluadas para examinar sus efectos en la conducta, las actitudes o la intención de consumir drogas de los jóvenes; y en las que han sido evaluadas, los resultados no siempre han sido positivos (Fletcher et al., 2010). Una encuesta nacional en Estados Unidos para evaluar las campañas de los medios de comunicación contra las drogas sugiere que tienen poco o ningún efecto en el cambio de las actitudes de los jóvenes una vez que se han iniciado en el consumo de drogas (Orwin et al., 2006), e incluso pueden tener efectos nocivos, tales como que los jóvenes que estuvieron expuestos a los anuncios tenían mayor probabilidad de reconocer que han consumido cannabis o tienen intención de hacerlo (Hornik et al., 2008). Se informó de similares resultados negativos en otra evaluación a gran escala en una campaña, «Conoce el resultado», contra el uso de cocaína en Escocia, hacerlo el 41 por 100 de los encuestados reconoció que la campaña les motivó a obtener más información sobre la cocaína y el 12 por 100 consideró que la campaña les había hecho más propensos a experimentar con la cocaína (Phillips y Kinver, 2007). Un metaanálisis (Derzon y Lipsey, 2002) sobre evaluaciones de las campañas en los medios de comunicación para reducir el consumo de tabaco, alcohol o drogas mostró que las campañas con mensajes acerca de las habilidades de resistencia parecieron tener los efectos más negativos y se asociaron con un grado significativamente mayor de consumo de sustancias con respecto a los grupos control.

Evidencia de las intervenciones en entornos recreativos

Una amplia gama de intervenciones tienen como objetivo cambiar el contexto físico y/o social y las normas culturales de los lugares de ocio para hacer frente a las condiciones e influencias asociadas con la mayoría de los entornos habitua-

les para el uso de drogas recreativas por jóvenes, como ajustes en el ámbito nocturno y festivales de música, y a los daños potenciales derivados del uso de drogas en tales contextos (Fletcher et al., 2010). Por ejemplo, las directrices del *Safe-clubbing* tienen por objeto reducir las posibilidades de que se produzcan problemas relacionados con sustancias, incluyendo la promoción de la accesibilidad gratuita a agua, la disponibilidad inmediata de primeros auxilios y la divulgación de medidas preventivas entre los jóvenes. Los informes recopilados por el OEDT en 2008 (OEDT, 2009) sobre la disponibilidad de tales medidas en discotecas y otros espacios suficientemente grandes para que la intervención se aplicase pusieron de relieve la limitada disponibilidad de medidas sencillas para prevenir o reducir los riesgos para la salud y el consumo de drogas en entornos recreativos europeos, tales como que el agua todavía no está disponible gratuitamente de manera habitual en nueve de los 20 países de la Unión Europea.

La intervención más ampliamente implementada en entornos recreativos es la dispensación responsable de bebida con directrices para apoyar al personal y los gerentes en las estrategias de reducción de daños (Fletcher et al., 2010). Sin embargo, una reciente revisión sistemática llegó a la conclusión de que no hay evidencia suficiente de que estas intervenciones sean eficaces en la prevención de lesiones y otros daños (Ker y Chinnock, 2008; Herring et al., 2010). Las intervenciones promotoras que necesitan más evaluación son la prohibición de material de vidrio en los entornos recreativos (Forsyth, 2008) y la creación de directrices de colaboración entre las instalaciones con licencia y los servicios de emergencias (Wood et al., 2008). Algunos clubes nocturnos en Europa han incorporado un servicio de primeros auxilios dentro de las instalaciones, pero no se informa de evaluaciones sobre su eficacia (Fletcher et al., 2010).

Sistemas de alerta temprana y análisis de pastillas

Entre las respuestas de reducción de daños en jóvenes se incluyen los sistemas de alerta tempra-

na y el análisis de pastillas, que, además de detectar la circulación de lotes de elevado potencial o contaminados, son medidas importantes para entrar en contacto con poblaciones a las que es difícil acceder e informar a los usuarios de los riesgos potenciales y daños asociados, además de operar como sistemas centinela sobre los cambios en los patrones de consumo de drogas y en los riesgos derivados. Es crucial conocer las nuevas sustancias, las tendencias de consumo y los patrones de consumidores.

3. CONCLUSIONES

La reducción de daños es un enfoque que se centra en los riesgos específicos y los daños asociados al uso de sustancias. Conforme se acumulan evidencias sobre las medidas que integra y la acción combinada de éstas, la reducción de daños puede considerarse un «enfoque pragmático de la salud pública y la gestión de riesgos basado en la evidencia».

Probablemente sea justo decir que en muchas áreas la política de drogas se basa en una eviden-

cia a menudo poco consistente para apoyar algunas estrategias, y que cuando dicha evidencia existe, no siempre es inequívoca (Davoli, Simon y Griffiths, 2010). En la actualidad hay múltiples revisiones sistemáticas y de otro tipo que apoyan la evidencia científica de diferentes intervenciones de reducción de daños, especialmente en el contexto del VIH, la hepatitis C y el uso de drogas inyectables (Wodak y Cooney, 2005; Farrel et al., 2005; Palmateer et al., 2010). Otras intervenciones de reducción de daños requieren un mayor nivel de evidencia. Obviamente, alcanzar el suficiente nivel de evidencia para las distintas intervenciones de reducción del daño, por separado o como acción combinada, requiere apuestas decididas en el plano político y de financiación, y para ello es preciso superar el debate ideológico.

La mejor manera de abordar los retos de la reducción de daños es a través de métodos científicos basados en la evidencia. Los hechos están separados de los valores morales en busca de la validez universal y, por tanto, convincente (Weatherburn, 2009), y, como apuntan Griffiths y Roland (2010), «la buena ciencia se hace mejor sin restricciones, y se lee mejor con ojo crítico».

La estrategia preventiva sobre adicciones en el ámbito laboral 23

MANUEL ISORNA FOLGAR
ERNESTO EDUARDO GONZÁLEZ
DAVID SAAVEDRA PINO

1. INTRODUCCIÓN

Los escenarios laborales comparten una responsabilidad: la de asegurar que se aborden todos los aspectos del problema de las drogas de manera integral y equilibrada, teniendo en cuenta las capacidades y los recursos disponibles. Estas estrategias específicas para el medio laboral deben ser vistas desde una perspectiva global y multidisciplinaria. Deberán desarrollar medidas teniendo presentes los contextos socioeconómicos y culturales y tomando muy en cuenta el orden jurídico de cada país.

En este capítulo se reconoce que el uso indebido de drogas constituye una grave amenaza para la vida y la salud no sólo de quienes las consumen sino también de la comunidad en general. La reducción de la demanda debe ser un componente clave de las políticas específicas para hacer frente al problema en los espacios laborales.

El consumo de drogas por parte de los trabajadores en la empresa es un hecho conocido por todos, pero al mismo tiempo se realizan muy pocas actuaciones para su disminución, lo que nos lleva a presentar unos índices de prevalencia e incidencia muy elevados. Este consumo repercute en el bienestar psicológico y físico del propio trabajador y también de su entorno (familia, compañeros de trabajo, etc.), además de generar pérdidas económicas a la propia empresa.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005a, 2005b) afirma que «los problemas

relacionados con el consumo de alcohol y de drogas pueden originarse por factores personales, familiares o sociales, o por ciertas situaciones en el medio ambiente laboral, o bien por una combinación de esos elementos. Tales problemas no sólo repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también pueden causar muchos inconvenientes en el trabajo».

La repercusión que el consumo de alcohol y/u otras drogas produce en el medio laboral es muy importante. Según estudios de la Internacional Labour Organization (2002), los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores, llegan tarde al trabajo alrededor de 15 veces más y presentan cinco veces más sanciones disciplinarias. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol u otras drogas tienen un coste tres veces mayor que las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe cinco veces mayor que el resto de sus compañeros. El 20-25 por 100 de los accidentes laborales les ocurren a trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos o a otros. El consumo de alcohol y otras drogas afecta negativamente a la productividad (30 por 100 menos en rendimiento laboral), ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rota-

ción del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo (Howland et al., 2006).

Las pérdidas económicas son difíciles de cuantificar, aunque algunos estudios los sitúan en el 25 por 100 del coste anual bruto del trabajador enfermo. Para calcular de una manera sencilla el coste total que le supone a una empresa cada año el abuso de drogas/alcohol, podemos utilizar la fórmula propuesta por la Fundación Hazelden:

$$\begin{aligned} & \text{Porcentaje de consumidores} \times \\ & \times \text{Número total de empleados} \times \\ & \times 25 \text{ por } 100 \text{ sueldo anual bruto.} \end{aligned}$$

2. PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA EMPRESA

La relación entre consumo de drogas y problemas laborales del tipo absentismo, accidentalidad, productividad o conflictos interpersonales es un tema escasamente estudiado en nuestro país aunque no difiere de otros países. Esta escasez de datos se deriva, en primer lugar, del hermetismo de las empresas con experiencia en estas situaciones al tratarse de datos de carácter confidencial y, en segundo lugar, del miedo a que a estas empresas se las acuse de llevar una gestión deficiente o que tal situación pueda tener repercusiones negativas en su imagen.

Investigaciones realizadas sobre economía informal y trabajo sumergido aportan información interesante, ya que establecen un vínculo entre el tipo de relación laboral y el consumo de drogas, aunque se discute la dirección causal de éste, es decir, si la causa del abuso de sustancias es la situación laboral o es el consumo de drogas lo que lleva al desempleo. Por otra parte, la calidad del empleo y la estabilidad en él han sido asociadas con el consumo de alcohol, especialmente entre aquellas personas que poseen sentimientos negativos y baja motivación hacia el trabajo. Algunos estudios muestran que la inseguridad en el empleo posee efectos considerables sobre el consu-

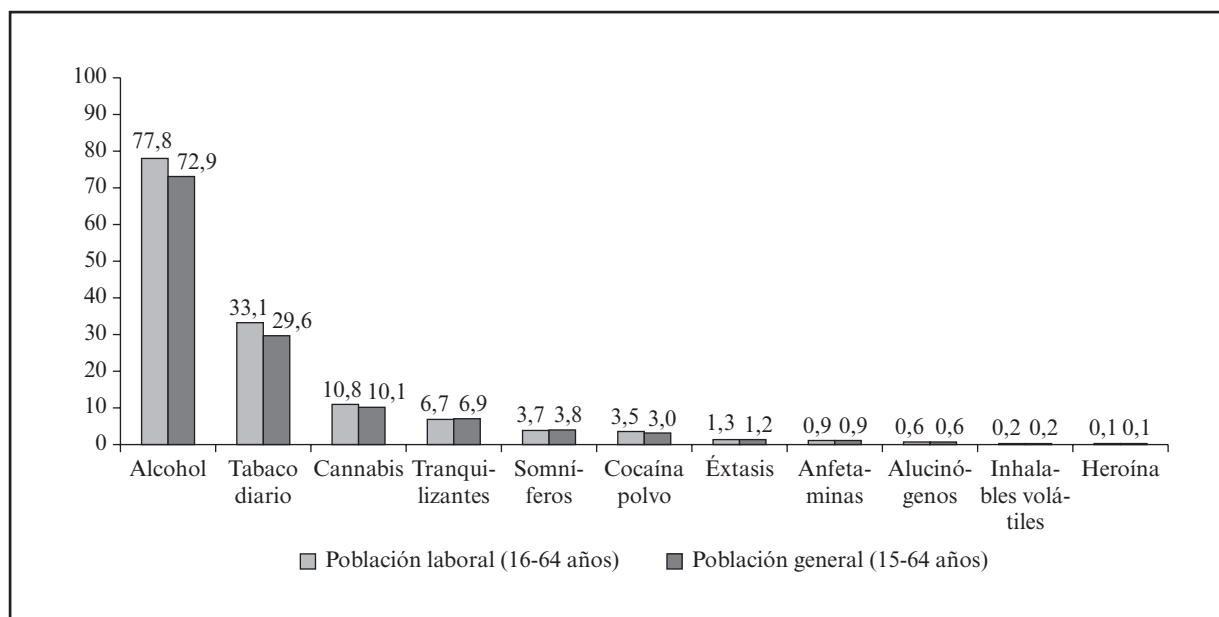
mo de algunas drogas y el alcohol, mientras que las características de la propia actividad tienen consecuencias de menor magnitud (Kivimäki et al., 2000).

La ONU (Naciones Unidas), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OIT mantienen un criterio fuertemente crítico y de evidente preocupación, al entender que las sociedades pagan un gran coste por el uso indebido de alcohol y drogas, tanto en términos económicos como humanos. Coste con gran incidencia laboral, ya que la mayoría de los consumidores tienen entre 18 y 44 años, son trabajadores y trasladan su comportamiento al centro de trabajo. En consecuencia, disminuyen tanto la productividad, la calidad y la competitividad como la salud de los trabajadores, aumentando los accidentes y enfermedades profesionales, los costes empresariales, el absentismo y los gastos sociales y sanitarios (Sanchís y Martín, 1997).

Sea como fuere, la presencia de las drogas en la empresa o lugar de trabajo es más común de lo que pueda parecer: el 55 por 100 indica que conoce a algún compañero de trabajo que «bebe en exceso» o consume alguna droga ilegal. Entre los trabajadores, los más jóvenes (de 16 a 34 años) son los que están en situación de mayor riesgo. Estos jóvenes son los que tienen prevalencias más altas de abuso de alcohol y también de consumo de cannabis, éxtasis o cocaína. Estos consumos pueden acarrearles consecuencias negativas, tanto de salud como familiares, sociales y, por supuesto, laborales. Por esta situación de mayor riesgo y vulnerabilidad, en especial los de 16 a 24 años, se requiere acciones prioritarias en las empresas y por parte de las instituciones (Navarro, 2008).

Bebidas alcohólicas

Al igual que ocurre en la población general, el alcohol es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 92,7 por 100 en hombres y 87,6 por 100 en mujeres; en los últimos 12 meses es de 82,4 por 100 en hombres y 71,3 en



FUENTE: PNSD, 2008.

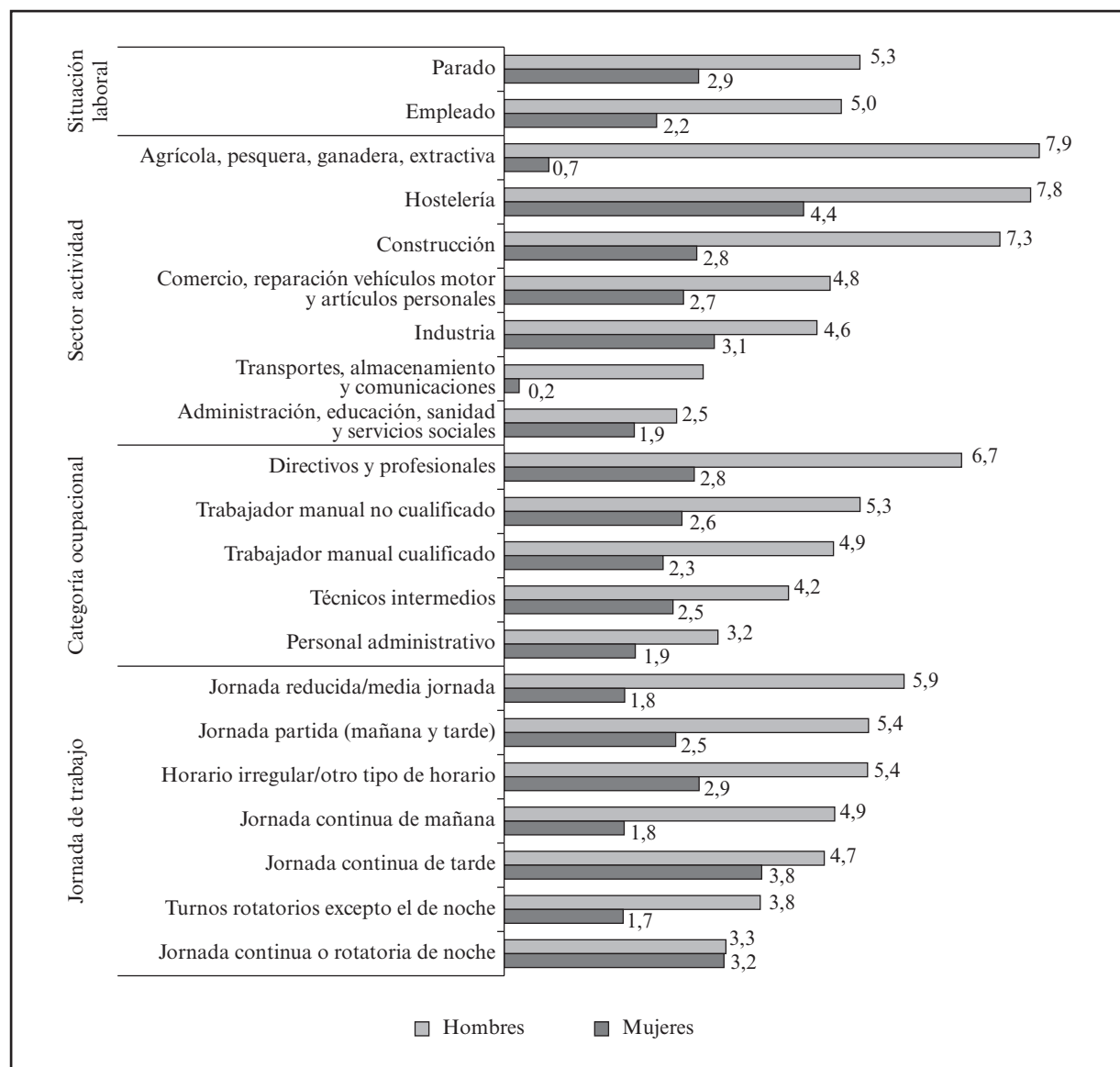
Figura 23.1. Porcentaje de la población laboral y general que ha consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (salvo tabaco diario). España, 2008.

mujeres; en los últimos 30 días es de 73,7 por 100 en hombres y 53,8 por 100 en mujeres, y el consumo diario es de 15,3 por 100 y 4,7 por 100 en hombres y mujeres respectivamente. Se consideran bebedores de riesgo (más de 20 cc/día para las mujeres y más de 30 cc/día para los hombres) el 12,2 por 100 de los hombres y el 4,9 por 100 de las mujeres, y bebedores de alto riesgo (>50 cc/día hombres y >30 cc/día mujeres), el 5,0 por 100 de los hombres y el 2,3 por 100 de las mujeres. Se han emborrachado en el último año el 26,5 por 100 de los hombres y el 14,0 por 100 de las mujeres. El atracón de alcohol o *binge drinking* (consumo de cinco o más unidades estándar de alcohol en un intervalo aproximado de dos horas) se sitúa en el 19,7 por 100 y 7,7 por 100 en hombres y mujeres respectivamente (cuatro unidades en dos horas). Las prevalencias de todos los indicadores de consumo de alcohol son mayores entre los varones que entre las mujeres. No hay grandes diferencias en las prevalencias de consumo en la

vida, en los 12 meses, en los 30 días o durante los fines de semana según grupo de edad (16-34 y 35-64). Sin embargo, la prevalencia de consumo diario o en días laborables es más elevada en el grupo de mayor edad, y la de atracones y borracheras es mayor entre los más jóvenes (PNSD, 2008, Ramírez et al., 2011).

Tanto el consumo de alcohol diario como el consumo de alto riesgo en los hombres son más elevados entre los directivos/profesionales. En las mujeres, las diferencias son menores, y no resultan significativas tras ajustar por edad, nivel educativo, estado civil y país de origen (salvo en trabajadoras manuales cualificadas, que consumen significativamente menos que las directivas y profesionales).

Los hombres con jornada reducida/media jornada tienen un mayor consumo de alcohol de alto riesgo. En las mujeres, este tipo de consumo se concentra en jornada continua de tarde y jornada continua/rotatoria noche. Los hombres que



FUENTE: PNSD, 2011.

Figura 23.2. Porcentaje de población laboral con consumo de alcohol de alto riesgo (>50 cc/día hombres y >30 cc/día mujeres) según las variables laborales y distribuido por sexo.

dicen ejecutar tareas peligrosas o en condiciones penosas (calor, frío, malos olores, posturas incómodas, etc.) son también los que declaran consumir más alcohol, especialmente los bebedores de

alto riesgo o los consumidores de alcohol diario. Las mujeres muestran un patrón similar.

En relación con los riesgos psicosociales, se aprecia un patrón muy consistente en los hom-

bres, siendo el consumo de alcohol siempre más elevado entre los trabajadores que declaran estar expuestos a dichos riesgos. Sin embargo, las condiciones de empleo (salario y seguridad laboral) parecen tener poca influencia sobre el consumo de alcohol.

Tabaco

Es la sustancia con la prevalencia de consumo diario más elevada.

La prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida es de 76,2 por 100 en hombres y 69,2 por 100 en mujeres; en los últimos 12 meses es de 48,3 por 100 en hombres y 42,5 por 100 en mujeres; en los últimos 30 días es de 45,5 por 100 en hombres y 39,8 por 100 en mujeres, y el consumo diario en los últimos 30 días es de 35,2 por 100 y 30,0 por 100 en hombres y mujeres respectivamente.

Los varones presentan mayores prevalencias que las mujeres en todas las frecuencias de consumo. Los más jóvenes (16-34 años) consumen más tabaco en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario (en los últimos 30 días) que los de más edad (35-64 años). En el análisis bivariable, además del hecho de ser hombre, joven y estar parado, se encontraron asociados con el consumo de tabaco carecer de estudios universitarios, tener bajos ingresos, trabajar en la construcción o la hostelería y tener jornada de noche.

En relación con la categoría ocupacional, en los hombres el consumo de tabaco diario es mayor entre los trabajadores manuales, especialmente en los no cualificados. En las mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, pues se observa un gradiente descendente desde las directivas/profesionales hasta las manuales sin cualificar.

En relación con los riesgos psicosociales, se aprecia un patrón muy consistente en ambos sexos, siendo el consumo de tabaco diario siempre más elevado entre los trabajadores que declaran estar expuestos a dichos riesgos. Las condiciones de empleo también influyen, especialmente en lo que se refiere a la inseguridad laboral: los hombres que sienten inseguridad sobre su futuro

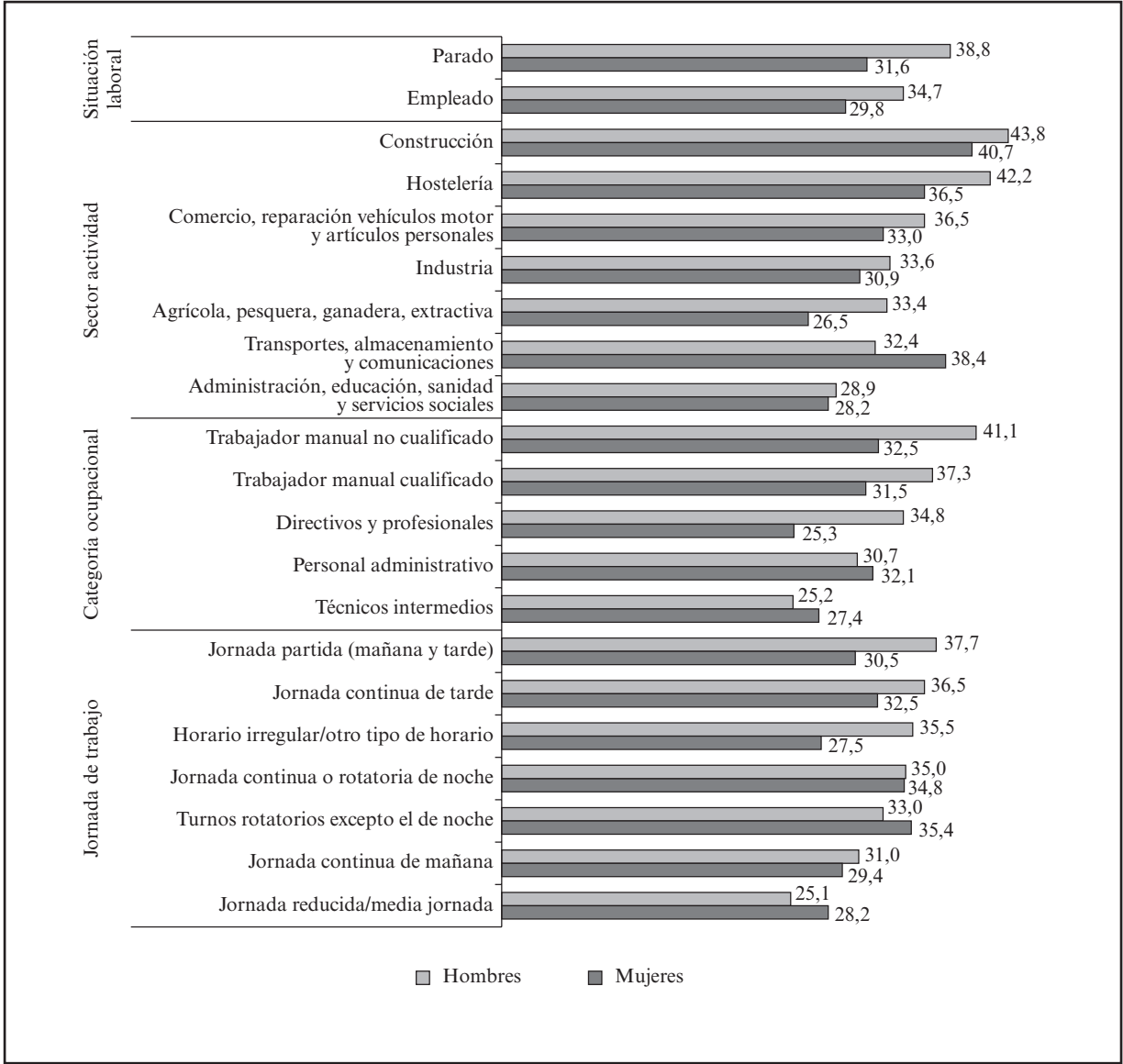
profesional fuman más que los que no tienen tal percepción. Se aprecia que el consumo de tabaco diario es más elevado en los trabajadores que dicen sentir agotamiento y estrés.

Con respecto a la exposición al humo del tabaco fumado por otras personas, el 26,2 por 100 de la población laboral afirmó haber respirado humo de tabaco en los últimos 12 meses en su trabajo. En el momento de la encuesta, refieren consumo pasivo de tabaco la mayor parte de la jornada laboral el 13,5 por 100 de los hombres y el 9,7 por 100 de las mujeres, y la mitad o menos de la jornada laboral el 16,4 por 100 y el 11,3 por 100 de los hombres y las mujeres respectivamente. La exposición al humo del tabaco afectó en mayor proporción a los varones (29,9 por 100), a los trabajadores de 16 a 24 años (33,6 por 100), a los trabajadores no cualificados (31,2 por 100), a las personas que trabajan en el sector de la construcción (42,9 por 100) y sobre todo a quienes se dedican a la hostelería (58,1 por 100). Esta situación se modificó con la entrada en vigor de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Hipnosedantes

La prevalencia de consumo de hipnosedantes en 30 días es de 3,7 por 100 y 6,9 por 100 en hombres y mujeres, respectivamente.

Han consumido tranquilizantes alguna vez en la vida el 10,0 por 100 de los hombres y el 17,6 por 100 de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 4,9 por 100 de los hombres y el 9,3 por 100 de las mujeres; en los últimos 30 días, el 2,7 por 100 de los hombres y el 5,6 por 100 de las mujeres, y, a diario, el 1,2 por 100 de los hombres y el 2,8 por 100 de las mujeres. En cuanto a los somníferos, han consumido alguna vez en la vida el 5,2 por 100 de los hombres y el 7,8 por 100 de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 2,9 por 100 de los hombres y el 4,7 por 100 de las mujeres; en los últimos 30 días, el 1,8 por 100 de los hombres y el 1,1 por



FUENTE: PNSD, 2011.

Figura 23.3. Porcentaje de población laboral que consume tabaco a diario según las variables laborales y distribuido por sexo.

100 de las mujeres, y a diario, el 0,6, por 100 de los hombres y el 1,1 por 100 de las mujeres. Los hipnosedantes son la única sustancia psicoactiva que es consumida por una mayor proporción de

mujeres que de hombres. La mayor proporción de consumidores se encuentra en el grupo de mayor edad (35-64 años). Esta misma distribución, por sexo y edad, también se observa en la población

general. La prevalencia de consumo de hipnosedantes en hombres es dos veces y media superior ($OR = 2,52$) entre los parados en comparación con los empleados, diferencia estadísticamente significativa después de ajustar por la edad, el nivel educativo, el estado civil y el país de origen. En las mujeres, aunque la diferencia es menor, también se aprecia significación estadística.

Cannabis

Es la droga ilegal más consumida por la población general y laboral. En la población laboral, refiere haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 36,4 por 100 de los hombres y el 24,3 por 100 de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 13,3 por 100 de los hombres y el 7,3 por 100 de las mujeres; en los últimos 30 días, el 10,1 por 100 de los hombres y el 4,5 por 100 de las mujeres, y a diario, el 1,8 por 100 de los hombres y el 0,7 por 100 de las mujeres.

En relación con la continuidad de los que han consumido cannabis alguna vez en la vida, el 34,4 por 100 continúa consumiendo en los últimos 12 meses, y el 24,8 por 100, en los últimos 30 días.

Al igual que en la población general, las prevalencias de consumo de cannabis son mayores entre los varones y los más jóvenes. La prevalencia de consumo es, igualmente, más elevada entre los parados y personas solteras.

Por sectores de actividad, la prevalencia de consumo es significativamente superior, en ambos sexos, en los sectores de construcción, hostelería y transporte/almacenamiento/comunicaciones. Los hallazgos son similares si en vez del cannabis se considera el conjunto de las drogas ilegales. También, como ocurre con el resto de las drogas ilegales, destaca el consumo entre los hombres que tienen jornada reducida/media jornada (el 24,1 por 100 consume alguna droga ilegal). En las mujeres, las mayores prevalencias se observan en aquellas que tienen jornada continua o turnos rotatorios. En los hombres, es más frecuente el consumo entre los trabajadores manuales, y en las mujeres, entre el personal administrativo y técnicos intermedios. Asimismo, según la categoría

ocupacional, las cifras de prevalencia más elevadas se observan en los trabajadores manuales entre los hombres, y en el personal administrativo y técnicos intermedios, entre las mujeres.

En el análisis bivariable, además de ser hombre, joven y estar en paro, emergen como factores asociados al uso de cannabis tener un nivel de estudios superiores a primarios y trabajar en la construcción o la hostelería.

En relación con las condiciones de trabajo, en general las personas que han consumido más cannabis también refieren tener peores condiciones. Por ejemplo, el consumo es superior en ambos sexos en las personas que dicen hacer trabajos que exigen alto rendimiento, no están satisfechas en el puesto o en el trato de superiores o compañeros o desempeñan una actividad peligrosa.

Cocaína

En forma de sal (clorhidrato), o cocaína en polvo, es la segunda droga ilegal más consumida en España, tanto entre la población laboral como entre la general. En la población laboral refiere haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida el 12,8 por 100 de los hombres y el 6,2 por 100 de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 4,7 por 100 de los hombres y el 1,8 por 100 de las mujeres, y, en los últimos 30 días, el 2,6 por 100 de los hombres y el 0,9 por 100 de las mujeres. El consumo de cocaína base es menor, habiéndola consumido alguna vez en la vida el 2,3 por 100; en los últimos 12 meses, el 0,6 por 100, y, en los últimos 30 días, el 0,3 por 100 de la población laboral.

En relación con la continuidad de los que han consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, el 34,7 por 100 continúa consumiendo en los últimos 12 meses, y el 18,8 por 100, en los últimos 30 días.

Las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas en los hombres y en el grupo de edad de 16 a 34 años. Por otra parte, la prevalencia de consumo de cocaína es más elevada entre los parados que entre los empleados, para todas las frecuencias medidas y en ambos sexos.

Centrando el análisis en el consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, hay que señalar: la construcción es el sector de actividad que presenta mayor prevalencia de consumo de cocaína en polvo en el último año (diferencia estadísticamente significativa). En mujeres, las cifras más elevadas se registran en el sector del transporte/almacenamiento/comunicación.

En relación con la categoría profesional, no se hallan diferencias estadísticamente significativas, una vez realizado el ajuste por las variables socio-demográficas. Al observar el consumo y tipo de jornada, la mayor proporción de consumidores corresponde a los que tienen media jornada/jornada reducida entre los hombres, y a las mujeres con jornada continua de tarde.

Éxtasis

Entre la población laboral refiere haber consumido éxtasis alguna vez en la vida el 6,7 por 100 de los hombres y el 3,0 por 100 de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 1,7 por 100 de los hombres y el 0,8 por 100 de las mujeres, y, en los últimos 30 días, el 0,6 por 100 de los hombres y el 0,3 por 100 de las mujeres.

Las prevalencias de consumo más elevadas aparecen en los hombres, el grupo de menor edad (16-34 años), los parados y los solteros. Por sectores de actividad, el consumo es más prevalente en los hombres que trabajan en el transporte/almacenamiento/comunicaciones y en los sectores de la construcción y hostelería. Entre las mujeres las mayores prevalencias se observan en los sectores de la construcción y la hostelería. Con respecto a la categoría ocupacional, los consumos son más prevalentes entre el personal administrativo. Asimismo, las prevalencias son mayores en los hombres con jornada reducida reducida/media jornada y en las mujeres con jornada de tarde o jornada continua/rotatoria de noche.

Heroína

Al igual que ha ocurrido en la población general, el consumo de heroína en las personas con

experiencia laboral ha disminuido y, actualmente, muestra prevalencias bajas. Han consumido alguna en la vida el 1,5 por 100 de los hombres y el 0,3 por 100 de las mujeres y, en los últimos 12 meses, el 0,2 por 100 de los hombres y el 0,0 por 100 de las mujeres. Las prevalencias más elevadas aparecen en los hombres, los más jóvenes (16-34 años) y los parados.

En cuanto a la información y otras actuaciones de la empresa sobre prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el 84,5 por 100 de la población laboral afirma que no ha recibido ningún tipo de información (folleto, material informativo, charla, curso, etc.) facilitado u ofrecido por su empresa sobre los riesgos y la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante los doce meses previos a ser entrevistado. Entre las demandas recogidas y las actuaciones realizadas se constata su situación paradójica:

- Sólo 2,1 de cada diez trabajadores indica que en su empresa se ha realizado alguna actividad en este sentido.
- Ante esta misma circunstancia, el 70,8 por 100 de la muestra de trabajadores declara que «no se ha hecho nada».
- El 51,9 por 100 de los empresarios encuestados afirma que «no se ha hecho nada en su empresa».

En España se calcula que entre el 15-25 por 100 de la siniestralidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen tres veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, y pierden muchos más días laborales por enfermedad. El uso de cannabis afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, lo que aumenta el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias. El uso de estimulantes incrementa el riesgo de padecer accidentes de trabajo o de tráfico. Estudios nacionales en población laboral mostraron que el 23-31 por 100 de los trabaja-

dores consumidores de drogas han tenido alguna consecuencia negativa derivada de sus consumos, y el 13-15 por 100 fueron de carácter laboral (bajas laborales, absentismo, accidentes laborales, tensiones laborales, bajo rendimiento laboral) (Navarro, 2008; Ochoa y Madoz, 2008). Ser fumador se asocia con una mayor propensión a tener una baja laboral por enfermedad, un 35 por 100 en comparación con los individuos que nunca han fumado, y aunque dejar de fumar pueda dar lugar a problemas inicialmente, a la larga aporta un beneficio en muchas facetas, incluida la laboral, con lo que los pacientes que dejan de fumar acaban siendo más rentables que los que siguen consumiendo tabaco (Sindelar et al., 2005).

La gravedad de los consumos de alcohol y/u otras drogas en el medio laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por la Organización Internacional del Trabajo, que considera que el consumo de alcohol y de drogas es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores (OIT, 1998). Señala que los efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectadas de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol o las drogas (OIT, 1994). Indica también que el consumo de alcohol y drogas por los trabajadores produce un fuerte impacto que se extiende a familia y compañeros de trabajo, que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral (OIT, 1998). Por tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y la eficacia de una empresa (Ochoa y Madoz, 2008).

3. DERECHOS LABORALES: EL DERECHO A ESTAR ENFERMO

Las condiciones de trabajo son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. La prevención de

riesgos laborales es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros. La Unión Europea considera un objetivo básico de las políticas laborales la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos directamente derivados del trabajo y de los riesgos que pueden afectar al rendimiento laboral. Estas acciones se basarán en una buena información sobre los riesgos de las drogas, formación en actitudes saludables, prevención en ciertos ámbitos (familia, ocio, relaciones grupales...), así como una pronta atención cuando empiezan a sufrir las primeras consecuencias de los consumos (Ochoa, 2008).

La legislación sobre materia laboral en España surge dentro del marco de la Constitución, que indica el deber de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (artículo 40) y el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (artículo 45). Estos deberes y derechos plantean la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo. Dentro de estas políticas se encuentran las de prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, que se enmarcan también en las leyes sobre salud y seguridad en el trabajo:

1. Principio de igualdad de trato y no discriminación:

Nadie debe ser discriminado o tratado de forma diferente —en ningún ámbito o aspecto de su vida— por razón de su condición o circunstancia personal.

Si el empresario ha conocido la condición de drogodependiente de un trabajador, nunca puede utilizar ese dato «con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador» (art. 22.4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales [LPRL]).

2. El derecho a la intimidad personal y a la propia imagen:

Cualquier persona con problemas de consumo de alcohol u otras drogas tiene

el derecho de mantener en secreto esta circunstancia personal, que no debe ser revelada sin su consentimiento expreso. La LPRL establece cuatro principios para la aplicación del derecho a la intimidad que consideramos válidos para cualquier resultado del reconocimiento médico en el marco laboral:

- Respeto a la intimidad, dignidad y confidencialidad.
- Comunicación de resultados a los trabajadores.
- No utilización de los datos en perjuicio del trabajador.
- No comunicación de los datos al empresario sin consentimiento expreso del trabajador.

El blindaje jurídico del derecho a la intimidad alcanza también al Código Penal, que castiga con prisión a quien «revelare secretos ajenos» que haya conocido por razón de su oficio (personal médico o sanitario), o sus relaciones laborales (empresarios o subordinados), y al profesional (personal médico o sanitario) que los divulgue o comunique incumpliendo su obligación de sigilo. Asimismo, el Real Decreto 31/97, de los Servicios de Prevención, plantea que la actividad sanitaria, que en su caso exista, contará para el desarrollo de su función dentro del servicio de prevención con la estructura y medios adecuados a su naturaleza específica y la confidencialidad de los datos médicos personales, debiendo cumplir los requisitos establecidos en la normativa sanitaria de aplicación.

3. Derecho a la igualdad de trato y a la no discriminación:

Este principio del ordenamiento constitucional también viene regulado en el derecho laboral. El Estatuto de los Trabajadores lo consolida reafirmandose en el derecho a la no discriminación para el empleo o una vez que la persona ha sido empleada.

4. Derecho a la salud:

Es un derecho general, que acoge los dos principios anteriormente tratados: igualdad y confidencialidad. Pero también es un derecho que se concilia con la libertad personal, pues es voluntaria la aceptación de los reconocimientos y los tratamientos de la enfermedad. La vigilancia de la salud sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento.

De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, y previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos siguientes:

- Verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.
- Cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Sólo en aquellos casos en que, regulados en convenio o en disposición normativa, existan puestos de trabajo de especial riesgo, riesgos para terceros, investigación de las causas de un accidente laboral (por ejemplo, conductores, pilotos) y previo informe de los representantes de los trabajadores, la empresa puede legalmente realizar análisis de consumo. En los demás casos, la empresa no puede realizar estas pruebas.

Será nulo el despido que tenga por móvil alguna de las causas de discriminación prohibidas en la Constitución o en la ley, o bien cuando se produzca con violación de derechos fundamentales y libertades públicas del trabajador (Estatuto de los Trabajadores, art. 55.5).

Una reciente sentencia del Tribunal Constitucional (STC 196/2004, 15 de noviembre de 2004) pone de manifiesto que las pruebas de detección de sustancias vulneran el derecho a la intimidad; únicamente se permite su realización, previo in-

forme de los representantes de los trabajadores, para verificar si el estado de salud supone un peligro tanto para sí mismo como para terceros.

La política de drogas de la empresa debe garantizar que su objetivo no es perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa. El hecho de que la embriaguez y el consumo de drogas sean motivo de sanción o despido para los trabajadores puede dificultar las políticas de drogas de la empresa. En lugar de asumir una posición punitiva y sancionadora, la empresa debe contribuir a prevenir, detectar precozmente o mejorar situaciones problemáticas en relación con las drogas. La legislación vigente regula el despido disciplinario por causas derivadas del consumo de alcohol y otras drogas si repercuten negativamente en el trabajo (Estatuto de los Trabajadores, 1995), si bien esta medida debe de ser la última que se adopte, y antes de ella recurrirse a sanciones intermedias, como faltas leves, graves y muy graves.

La mayor parte de las empresas no han establecido protocolos para la identificación precoz de los trabajadores que presentan problemas con el alcohol u otras drogas. En general, las empresas no reaccionan hasta que se produce una crisis originada por el grave comportamiento del trabajador, y éste ha tenido una gran repercusión en el medio laboral. Cuando las circunstancias obligan a la empresa a tomar decisiones, pueden ser excesivas por temor a las repercusiones negativas, con sanciones disciplinarias que con frecuencia excluyen más al drogodependiente. Algunos autores recomiendan un protocolo de actuación para los pacientes con trastornos mentales graves que es aplicable a los pacientes con adicción a alcohol u otras drogas (Brodsky y Epstein, 1996; Mingote et al., 2007; Ochoa y Madoz, 2008).

4. FACTORES DE RIESGO: LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

La causalidad del uso de drogas es multifactorial, e influyen factores personales, familiares y

sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones. Navarro y Mejías (1999) enumeran los factores de riesgo de índole no laboral que pueden influir en el consumo de alcohol, cocaína, cannabis y psicofármacos posteriormente en la empresa:

- Consumo de alcohol abusivo o drogas por parte de los padres.
- Consumo de drogas en lugares de diversión.
- Malas relaciones paterno-filiales.
- Conocer a consumidores de drogas.
- Accesibilidad y facilidad para obtenerlas.
- Sentirse agobiado y en tensión.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- Problemas personales (separaciones, divorcios, etc.).

Además, debemos tener en cuenta que hay situaciones de riesgo o trabajos que pueden potenciar el consumo de drogas, como aquellos en los que hay disponibilidad de alcohol (bares, etc.), presión social para beber o consumir estimulantes si hay que entablar muchas relaciones sociales (representantes firmas comerciales) o presión del entorno laboral si otros trabajadores consumen habitualmente (Ochoa y Madoz, 2008).

En la detección precoz de los consumos puede ser útil prestar atención a diversos síntomas que sin ser patognomónicos hacen pensar en abuso de alcohol y/o otras sustancias (Salvador et al., 2003).

Hay determinados trabajos que facilitan el consumo abusivo de drogas (Gobierno Vasco, 1996):

- Profesiones en las que se mezcla el tedio cotidiano de determinadas funciones con una gran tensión en momentos concretos. En ellas, a largos períodos de inactividad como estar de guardia se une la incertidumbre de sucesos de alto riesgo: por ejemplo, bomberos, policías, seguridad privada, etc.

CUADRO 23.1

Síntomas que orientan al diagnóstico de abuso de sustancias

- Accidentabilidad reiterada.
- Problemas gastrointestinales.
- Movimientos inestables o temblores.
- Ojos enrojecidos.
- Cambios bruscos de humor.
- Desconfianza excesiva hacia los demás.
- Deterioro de la higiene personal y del vestir.
- Problemas familiares.
- Petición frecuente de dinero a los compañeros de trabajo.
- Retrasos en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas.
- Consultas frecuentes por problemas de salud inespecíficos.
- Somnolencia.
- Pupilas anormalmente dilatadas o contraídas.
- Agresividad, irritabilidad o intolerancia crecientes.
- Comportamientos violentos (recelo hacia compañeros de trabajo, evitación de superiores).
- Hurtos.
- Problemas financieros.
- Absentismo.
- Peor rendimiento laboral o errores en el trabajo.

FUENTE: Salvador et al. (2003).

- Profesiones que implican una intensa vida social, como es el caso de relaciones públicas o las ventas (Fernández Montalvo y Garrido, 1999).
 - Profesiones relacionados directamente con el alcohol (o con accesibilidad a otras drogas). En estas circunstancias el abuso está favorecido por la cercanía, como es el caso de los empleados de hostelería.
 - Profesiones especialmente desagradables y/o trabajos mal pagados o mal considerados socialmente, como es el caso de basureros, poceros, empleados de cementerios, etc.
 - Profesiones con un gran desarraigo familiar (jueces, militares, políticos, etc.) o con un régimen irregular de horarios (enfermeras, pilotos, azafatas, etc.) en los que el cansancio y la superación del sueño constituyen un reto. En estos casos el riesgo de estimulantes (anfetaminas, cocaína) frecuentemente mezclados con alcohol es alto.
 - Trabajos cuyas condiciones materiales u organizativas pueden repercutir en el abuso del alcohol u otras drogas; es el caso de determinados sistemas de turnos y actividades desarrolladas, bien al aire libre pero que suponen un gran esfuerzo físico y el enfrentamiento a condiciones meteorológicas hostiles, bien en sitios cerrados pero con ambientes de excesivo ruido, polvo, calor, etc. (por ejemplo, obreros de la construcción, trabajadores de herrerías, forjas o altos hornos).
- Desde otra perspectiva, hay otra serie de aspectos que influyen en la salud mental de los trabajadores y que pueden facilitar el recurso al consumo de drogas. Dentro de este cúmulo de factores destaca, entre otros, la eventualidad en el puesto de trabajo y los sentimientos de incertidumbre y de inseguridad respecto al futuro. Además, los trabajadores eventuales, en general,

están en una posición subordinada en la jerarquía, con escasas posibilidades de promoción y habitualmente con remuneraciones más bajas. Todo ello provoca una sensación de malestar e insatisfacción con el trabajo (y en su vida en general) que se convierte en un elemento favorecedor del uso y abuso de drogas (Valdenebro et al., 1993).

5. NECESIDAD DE INTERVENIR EN LA EMPRESA

Son varias las razones que justifican la intervención en materia de drogas desde el marco de la empresa, y entre ellas las más importantes serían la existencia de un gran porcentaje de trabajadores que consumen drogas y las graves repercusiones que estos consumos tienen, tanto para la salud y bienestar del trabajador como para el sistema productivo. Pero hay además una serie de razones que hacen de la empresa un espacio privilegiado para el desarrollo de programas que inciden en el ámbito de la salud en general y en los consumos de drogas en particular:

- Cuenta con una población relativamente homogénea.
- Tiene asegurada la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo (algo esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo).
- Dispone con frecuencia de unos recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales de la empresa) y de estructuras organizativas en principio idóneas para su ejecución (comités de seguridad y salud, servicio de prevención, delegados de prevención).
- El centro de trabajo es un espacio idóneo para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de drogas.

Además, la empresa presenta ventajas adicionales para el tratamiento de los consumidores abusivos de drogas:

- Permite un importante grado de «control terapéutico» sobre los consumidores.
- Actúa como coadyuvante en la motivación para el abandono de los consumos abusivos de drogas, ante la posibilidad de pérdida de trabajo.
- Facilita un entorno propicio para la rehabilitación y la reinserción social (ambiente normalizado, apoyo de compañeros, etc.).

Los resultados obtenidos por las empresas españolas que están desarrollando programas de atención para sus trabajadores con consumos abusivos de drogas coinciden en destacar que:

- Mejora del clima laboral.
- Disminuye de los niveles de absentismo.
- Reduce de los períodos de incapacidad laboral transitoria.
- Reduce el número de accidentes laborales.
- Disminuye los niveles de conflictividad con mandos y compañeros.

Según la OIT, los programas sobre drogas suponen un beneficio mínimo de dos dólares por cada uno invertido (proporción que llega a ser de siete a uno), constatación que corrobora el Consorcio Internacional sobre el Abuso de Drogas en el Ámbito Laboral, iniciativa del sector empresarial, que certifica que por cada 0,6 euros invertidos en un programa de intervención ante las drogas se obtiene un ahorro de entre 3 y 9 euros.

5.1. Actuación desde el ámbito laboral

Los programas para prevenir o minimizar los problemas de consumo deben abarcar diversos aspectos, que van desde la información hasta la facilitación de la asistencia a los trabajadores enfermos que lo deseen (Salvador et al., 2003):

- Información básica de referencia.
- Pautas para plantear actuaciones preventivas.
- Información sobre recursos.

- Orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas.
- Criterios de derivación asistencial de los problemas que no puedan ser atendidos por los recursos laborales.

Las políticas preventivas en relación con el alcohol y otras drogas deben ser informativas, de protección y de sensibilización. Con carácter preventivo se facilitará el no consumo en la empresa (supresión de venta interior, mejora de las condiciones de trabajo, etc.). Respecto a los trabajadores, se buscará cambiar actitudes y conductas en relación con el consumo, con información amplia, clara y ajustada a la realidad sobre las drogas y las consecuencias de su abuso.

Se buscará detectar precozmente los problemas existentes relacionados con el consumo y facilitar la atención a los trabajadores adictos que lo deseen. Los procedimientos diagnósticos para detectar los problemas deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los usuarios, respetando su confidencialidad. Los tratamientos se propondrán evitando la marginación de la persona en cuestión y se facilitará la normalización y reinserción laboral (Salvador et al., 2003).

Se debe valorar la cantidad consumida, el patrón de consumo y si presentan criterios de dependencia de alcohol. En bebedores de riesgo sin dependencia se informará de los riesgos que puede producir el uso de alcohol y de las ventajas de disminuir la ingesta. La realización de controles de orina puede ser útil para la determinación reciente de consumo de drogas, pero debe efectuarse con las garantías jurídicas y éticas necesarias (Rodríguez-Martos, 1986).

Dentro de las políticas para controlar el consumo de alcohol en la empresa, pueden adoptarse diversas medidas como supresión de la venta de alcohol dentro del recinto de trabajo, detección precoz de bebedores excesivos, detección de problemas relacionados con el alcohol, ofrecer a los bebedores excesivos y a los dependientes atención personalizada para reducir o abandonar el consumo de alcohol. Si lo acepta, hay que asegu-

rar la confidencialidad y proteger la seguridad del puesto de trabajo. Si no acepta la ayuda y el problema continúa o se agrava, aplicar medidas disciplinarias escalonadas, evitando que sean irreversibles (Salvador et al., 2003).

El servicio de prevención (propio o ajeno) debe considerar la necesidad de establecer un programa de ayuda a empleados con este problema de salud una vez diagnosticado.

Pere Plana (2007) sugiere que todos los instrumentos utilizados para el diagnóstico, como los exámenes de salud, las consultas voluntarias, los cuestionarios, los análisis de ausencias u otros, deben estar enmarcados en programas de promoción de la salud o en un Programa de Ayuda a los Empleados (PAE) en el que queden establecidos aspectos fundamentales como:

1. **Política de la compañía en cuestiones de conductas adictivas.** Como en otros aspectos referentes a la salud y la seguridad, es aconsejable la existencia de una política definida de la compañía, escrita y consensuada con los sindicatos y firmada por el más alto nivel jerárquico posible.
2. **Consenso con los representantes de los trabajadores** (comité de empresa, delegados de prevención, comité de seguridad y salud). Los representantes de los trabajadores deben participar en los aspectos clave del programa, siendo indispensable el consenso entre ellos y la dirección y conveniente el asesoramiento de los técnicos del servicio de prevención (propio o ajeno) y otros profesionales externos, si es necesario.
3. **Población a quien va dirigida la detección.** Debe estar perfectamente definido a qué trabajadores va dirigido el programa, siendo aconsejable que vaya a todos los empleados de la empresa sin distinción jerárquica o de puestos de trabajo.
4. **Pruebas de detección.** En el supuesto de aplicar pruebas de detección, los empleados han de ser informados con antelación de la adopción de medidas de investiga-

ción por parte de la empresa, y debe advertírseles de su derecho a rehusar tal investigación, así como de las consecuencias que tal negativa puede tener en su empleo.

5. **Decisiones a tomar en función de los resultados.** La política de la empresa debe prever qué decisiones se tomarán una vez han sido confirmados los resultados o el diagnóstico. Por otra parte, las decisiones deben individualizarse en función de si se trata de consumos puntuales o regulares, el grado de adicción u otros factores que pueden agravar o favorecer la evolución. Debe contarse con el respaldo de un servicio especializado de atención a drogodependencias por si es necesario. La responsabilidad inicial del médico está en revisar e interpretar los resultados positivos. Es importante recordar que un resultado positivo no identifica automáticamente a un empleado como un consumidor de drogas, y mucho menos como un adicto. El médico debe valorar otras posibilidades que expliquen un resultado positivo. En primer lugar debe mantenerse una entrevista con el empleado para revisar la historia clínica o cualquier otro factor pertinente. Hay que dar la oportunidad al trabajador de discutir los resultados de la prueba sin que ello tenga que representar un «cara a cara» que pueda comportar una discusión ineficaz y desaconsejable. Debe revisarse con el laboratorio todo el proceso de recogida y análisis de la muestra, incluyendo la cadena de custodia. Si todo el proceso se considera correcto, debe realizarse un análisis de confirmación. Esto es muy importante sobre todo en los positivos a opiáceos debido a los falsos positivos por consumos de medicamentos de acuerdo con lo comentado anteriormente. Una vez confirmado el resultado positivo, el empleado deberá entrar en el Programa de Ayuda a Empleados que la empresa tenga previsto para esta ocasión.

5.2. Repertorio de recomendaciones de la OIT y las prácticas sobre el tratamiento de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo

El enfoque de la OIT es participativo en la investigación y difusión de información acerca de los problemas que acarrea el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. La OIT ha desarrollado múltiples acciones en este ámbito específico, siendo este repertorio un buen ejemplo de desarrollo para la implementación de políticas en los lugares de trabajo, y del cual destacamos los siguientes puntos:

- Las políticas y los programas en materia de consumo de alcohol y drogas deberían promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas relacionados con los abusos de alcohol y de drogas que se plantean en el lugar de trabajo. Se aplica a **todos los tipos de empleos**, públicos y privados, incluidos los del sector no estructurado. La legislación y la política nacionales relativas a estos problemas deberían establecerse tras consultar con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas.
- Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse un **problema de salud** y, por consiguiente, tratarse sin discriminación alguna, como cualquier otro problema de salud en el trabajo, y quedar dentro del alcance de los servicios de salud públicos o privados, según corresponda.
- Los empleadores y los trabajadores y sus representantes deberían evaluar conjuntamente los efectos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo y **colaborar** para elaborar, por escrito, una política para la empresa.
- Cuando haya indicaciones de que existen condiciones de trabajo que influyen en los problemas relacionados con el consumo de

alcohol o drogas, los empleadores, en colaboración con los trabajadores y sus representantes, deberían **adoptar disposiciones** que sean razonablemente factibles para identificar y adoptar medidas de prevención o corrección.

- Para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política, el empleador debería aplicar idénticas **restricciones o prohibiciones** en materia de alcohol tanto al personal de dirección como a los trabajadores.
- Para fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo habría que implantar **programas de información, instrucción y capacitación** sobre el alcohol y las drogas que deberían, en la medida de lo posible, ser integrados en los proyectos de salud más amplios.
- Los empleadores deberían establecer un sistema para proteger el carácter **confidencial** de toda información que le faciliten en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas. Habría que comunicar a los trabajadores las excepciones a la confidencialidad que surgen a raíz de principios jurídicos y de ética profesional.
- Los **análisis toxicológicos** para determinar el consumo de alcohol y de drogas en el ámbito de trabajo plantean problemas fundamentales de orden moral, ético y jurídico; de ahí que haya que decidir si es justo y apropiado realizarlos.
- La **estabilidad** que ofrece un empleo es a menudo un factor importante para facilitar la superación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Por esta razón, los copartícipes sociales deberían reconocer el papel especial que el lugar de trabajo puede desempeñar para ayudar a las personas que tienen éstos problemas.
- Los trabajadores que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas no deberían ser objeto de **discri-**

minación por parte del empleador y deberían gozar de la seguridad del empleo y de las oportunidades de traslado y ascenso profesional.

- Debería reconocerse que el empleador tiene autoridad para sancionar a los trabajadores cuya conducta profesional sea impropia como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas. Sin embargo, es preferible que los remitan a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en lugar de aplicarles sanciones disciplinarias. Si un trabajador no colabora plenamente con el tratamiento, el empleador podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas.
- El empleador debería aplicar el principio de **no discriminación** en el empleo a los trabajadores que consumen o consumían alcohol y drogas, de conformidad con la legislación y los reglamentos nacionales.

5.3. Objetivos de los programas preventivos en el ámbito laboral

La finalidad de los programas de prevención del uso de drogas en el ámbito laboral debe ser la de promover la adopción de estilos de vida saludables entre los trabajadores, así como reducir la incidencia de los problemas sociosanitarios relacionados con el uso de drogas en el medio laboral.

El objetivo general del programa sería facilitar la implementación de actuaciones o actividades destinadas a la prevención del consumo de drogas y los daños asociados a él, integradas en los planes de prevención de riesgos laborales, por parte de las empresas y centros de trabajo; prioritariamente en aquellos sectores en que por su actividad productiva se realizan tareas de alto riesgo, es decir, preferentemente en el sector primario, sector pesquero, sector de los transportes y sector de la construcción (Xunta de Galicia, 2008):

- Reducir la prevalencia global del consumo de alcohol y otras drogas entre los trabajadores y, de manera particular, entre los pertenecientes a los sectores de la industria, la pesca, el transporte y la construcción.
- Reducir el consumo de alcohol y tabaco en horario laboral.
- Reducir la prevalencia de los consumos habituales de tabaco, alcohol y drogas ilícitas entre los trabajadores y, de manera particular, de los sectores de la industria, la pesca, el transporte y la construcción.
- Reducir la prevalencia de bebedores abusivos entre los trabajadores y, de manera particular, de los sectores de la industria, la pesca, el transporte y la construcción.
- Reducir ciertos comportamientos de riesgo entre los trabajadores asociados al consumo de drogas (manejo de vehículos o maquinaria peligrosa tras la ingesta estas drogas).

Los objetivos específicos que debería perseguir un programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral son:

- Mejorar el nivel de conocimiento y la calidad de la información de los trabajadores sobre el impacto de las diferentes drogas sobre su salud y bienestar personal y la actividad laboral.
- Reducir la tolerancia social de los trabajadores, directivos, representantes y delegados sindicales y miembros de los servicios de prevención laboral ante los consumos de alcohol y otras drogas.
- Incrementar el riesgo percibido asociado al consumo de alcohol y otras drogas por parte de los trabajadores.
- Reducir la permisividad de los trabajadores frente al consumo de alcohol y otras drogas dentro de la jornada laboral.
- Conseguir que se respete la normativa que impide el consumo de tabaco en los centros de trabajo cerrados.

- Conseguir que se respete la normativa que impide el consumo de alcohol y otras drogas durante la jornada laboral.
- Facilitar información y orientación a los trabajadores con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas que hagan posible su tratamiento temprano en centros especializados.

Estos objetivos se conseguirán a través de otras actuaciones que consistirán en:

- Formar tanto a los responsables de las empresas como a los trabajadores destinatarios del programa para poder identificar potenciales problemas relacionados con el uso de drogas en su entorno laboral y afrontarlos de manera adecuada.
- Mejorar las condiciones ambientales dentro de las empresas mediante el fomento de habilidades corporativas para el adecuado abordaje de los problemas relacionados con las drogas.
- Informar, concienciar y sensibilizar a los trabajadores y empresarios de los efectos sobre los trabajadores y la actividad laboral de los consumos de drogas.
- Promover y apoyar de forma eficaz cambios de vida problemáticos.
- Corregir mitos, falsas creencias, estereotipos y falacias en relación con el uso/abuso de drogas.
- Establecer normas que obstaculicen el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en las instalaciones de la empresa y/o durante la jornada laboral, así como la disponibilidad o acceso a ellas.
- Hacer hincapié en las ventajas de no consumir drogas.

Al respecto de la normativa que impide el consumo de tabaco en los centros de trabajo cerrados, la intención es que se consiga el máximo cumplimiento.

- Conseguir que se respete la normativa que impide el consumo de alcohol y otras drogas durante la jornada laboral.

- Facilitar información y orientación a los trabajadores con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas que hagan posible su tratamiento temprano en centros especializados.

Los programas de ámbito laboral, por lo general, deben ser de carácter universal ya que ha de adherirse a ellos la totalidad de la población trabajadora. La población mediadora la conformarán los empresarios, los responsables de departamentos de recursos humanos, los representantes sindicales, profesionales de los equipos de salud laboral, técnicos responsables de los servicios de prevención de riesgos laborales, organizaciones sindicales y asociaciones de empresarios. La población final serán los trabajadores, fundamentalmente aquellos de los sectores productivos con más riesgo (Xunta de Galicia, 2008).

5.4. Actividades que pueden ser implementadas en un programa de prevención laboral

Entre las actividades que puede desarrollar un programa de prevención laboral están las siguientes:

- **Sensibilización de las direcciones de las empresas y de los responsables** en materia de prevención de riesgos laborales y de salud laboral sobre el impacto de los consumos de drogas en estos ámbitos.
- **Apoyo al establecimiento de políticas** para la prevención de las drogodependencias en las empresas:
 - Elaboración de guías para empresas interesadas en promover programas de prevención.
 - Asesoramiento técnico al establecimiento acerca de programas de prevención (asistencia técnica a empresas).
- **Evaluación de necesidades:**
 - Elaboración de estudios de necesidades en materia de drogodependencias en las

empresas interesadas en la implementación del programa.

- **Formación de mediadores laborales** en la prevención mediante la realización de:

- Curso básico para el personal de la empresa que por su rol en ella puede actuar como mediador en el desarrollo del programa (con una duración aproximada de seis sesiones).
- Curso de especialización (aproximadamente 14 horas adicionales) para las personas directamente responsables de la implementación, seguimiento y evaluación del programa (personal de los comités de seguridad y salud, departamentos de recursos humanos, servicios de prevención y de salud laboral).

- **Información y sensibilización** de trabajadores:

- Difusión de una guía informativa sobre las drogas y los efectos y riesgos asociados a su uso.
- Campaña de sensibilización sobre los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y/o otras drogas.

- **Adiestramiento en habilidades** personales y sociales:

- Desarrollo de módulos sobre habilidades de resistencia, control emocional, afrontamiento de conflictos y habilidades sociales para trabajadores.
 - Autoconocimiento y manejo de los consumos problemáticos.
 - Difusión de guías informativas que permitan a los trabajadores el autorreconocimiento de las conductas de abuso de drogas y que favorezca la solicitud de ayuda.

- Consejo médico para el abandono de las prácticas de consumo más lesivas o peligrosas.
- Información sobre los recursos asistenciales disponibles y asesoramiento para el manejo de los problemas de abuso o dependencia de las drogas.
- Reducción de daños y riesgos.
- Realización de «talleres sobre consumo de menos riesgo» para trabajadores que abusan del tabaco, el alcohol y otras drogas y que no pueden o no quieren abandonar el consumo.

El método para la difusión del programa y que se seguirá para su implementación se ajustará, más o menos, al siguiente esquema:

- Reuniones entre representantes de las entidades y organismos encargados de ejecutar el programa de prevención y las organizaciones empresariales y sindicales que lo van a aplicar para presentar sus objetivos y contenidos, así como los principales servicios puestos a disposición de las empresas, con el fin de que los difundan entre sus miembros y afiliados.
- Reuniones entre representantes de las entidades y organismos encargados de ejecutar el programa de prevención y las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para asegurar su difusión entre sus empresas asociadas.
- Envío de una circular desde las entidades y organismos encargados de la gestión del programa de prevención a todas las empresas, facilitando información sobre los objetivos y contenidos del programa de prevención, así como de los servicios y materiales puestos a su disposición para facilitar su desarrollo.
- Estas circulares irán acompañadas del envío de una guía para la empresa interesada en promover programas de prevención de las drogodependencias.

6. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

6.1. La evaluación del proceso

La evaluación del proceso se apoyará en los siguientes indicadores:

- Número de reuniones mantenidas con representantes de la empresa durante los procesos de evaluación de necesidades y de ajustes de los contenidos del programa.
- Número de cursos de formación de mediadores laborales realizados y de asistentes a ellos.
- Número de materiales distribuidos.
- Número de usuarios de servicios de información y orientación.
- Número de trabajadores que recibieron consejo médico para abandonar y/o reducir el consumo de alcohol, tabaco y/o otras drogas.
- Número de trabajadores derivados a servicios de tratamiento externos (unidades asistenciales).

6.2. Evaluación de resultados

Antes de dar comienzo al desarrollo del programa, y en el marco del estudio de evaluación de necesidades, se establece la recogida de información sobre los siguientes aspectos:

- Información de los trabajadores sobre las diferentes sustancias.
- Actitudes de los trabajadores frente a los consumos de drogas.
- Grado de cumplimiento de la normativa legal en materia de venta y consumo de drogas en los centros de trabajo.
- Hábitos de consumo de drogas de los trabajadores.
- Impacto de los consumos de drogas en la actividad laboral: tasa de absentismo, accidentalidad, invalideces y expedientes disciplinarios.

Esta información que permite conocer la situación del problema en cada empresa de manera previa a la implementación del programa será recopilada antes del inicio de la intervención a partir de tres fuentes complementarias:

- Un breve cuestionario que cumplimentarán los trabajadores y que indagará de manera general sus hábitos de consumo de drogas, sus actitudes frente a estas sustancias y los problemas sufridos como consecuencia de su consumo.
- Los registros y estadísticas de la empresa sobre absentismo laboral, bajas por enfermedad, accidentes y expedientes disciplinarios.
- Datos de los servicios médicos de empresa relativos a la prevalencia de fumadores diarios y de bebedores abusivos y/o de riesgo.

Los indicadores que se utilizarán en la evaluación de resultados serán los siguientes:

- Porcentaje de trabajadores que respetan la normativa que impide el consumo de tabaco en (ciertas) instalaciones de la empresa.
- Porcentaje de trabajadores que consumen alcohol y tabaco diariamente.
- Porcentaje de trabajadores que consumen alcohol los fines de semana.
- Porcentaje de trabajadores con consumos abusivos y/o de riesgo de alcohol.
- Porcentaje de trabajadores que consumieron cannabis y otras drogas ilícitas en los últimos 30 días.
- Porcentaje de trabajadores que dejaron de fumar.
- Porcentaje de trabajadores que redujeron la ingesta de bebidas alcohólicas.
- Porcentaje de trabajadores que consideran que mejoró su nivel de información sobre las drogas.
- Porcentaje de trabajadores que consideran que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas puede provocar bastantes o muchos

problemas en el rendimiento de los trabajadores y en la seguridad laboral.

- Porcentaje de trabajadores que mantienen una actitud de rechazo frente al consumo de alcohol y otras drogas, dentro y fuera del horario laboral.
- Tasas de absentismo.
- Tasas de accidentalidad.
- Número de bajas por enfermedad.
- Número de expedientes disciplinarios.

Los datos acerca de estos indicadores serán recopilados mediante el *Cuestionario para la evaluación de resultados del programa*, que será aplicado a los trabajadores una vez transcurrido un año desde la implementación del programa. Asimismo, se consultarán de nuevo los registros y estadísticas de la empresa sobre absentismo laboral, bajas por enfermedad y accidentes y expedientes disciplinarios para analizar las variaciones producidas en estos indicadores.

7. PROGRAMAS

Prevención de consumo de alcohol en el lugar del trabajo «Mano a mano por la prevención»

Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Secretaría de Salud Laboral. c/ Hortaleza, 88. 28004 Madrid.

Más vale prevenir: guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/201107Masvaleprevenir.pdf>.

Al alcance

Programa de prevención universal del consumo de drogas en el ámbito laboral. Xunta de Galicia, Servicio Galego de Saúde. Teléfono: 881 541 858.

*Programa de prevención
de drogodependencias de la Capitanía
General de la SIGECEN*

A través del convenio de colaboración con la Capitanía General de la Región Militar Centro (SUIGECEN), se desarrolla el «Programa de prevención de drogodependencias», que tiene como objetivo consolidar y fortalecer intervenciones en materia de prevención entre la población militar del Ministerio de Defensa. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. c/ Julián Camarillo, 4, B. 28037 Madrid.

Otras páginas

http://www.madridsalud.es/temas/drogodependencias_mundo_laboral.php.

http://www.drogolan.net/es/documentos_digita-les_contenedor.html.

http://www.ugt..ess/saludlaboral/drogodependencia/dg_publicac.htm.

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/mar.pdf>.

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bebernoeslasolucion.pdf>.

Mano a mano

Programa para la prevención y la asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Gobierno de La Rioja. <http://mano.amano.riojasalud.es>.

Bibliografía

Bibliografía capítulo 3

- Abrahams, D. B., Niaura, R., Brown, R. et al. (2003). *The tobacco dependence treatment handbook*. Nueva York: The Guilford Press.
- Ayesta, F. J. y Rodríguez, M. (2007). *Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina*. Santander: Manual PIUFET.
- BOE (2005). Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. www.ub.edu/bellearts/org/docs/Tabac-Llei.pdf.
- BOE (2010). Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf.
- Chávez-Domínguez, R. C. (2010). Tabaquismo. La naturaleza causal pide respeto. *Arch. Cardiol. Mex.*, 80 (4), 318-324.
- Doll, R. y Hill, A. B. (1964). Mortality in relation to smoking: ten years' observation of British doctors. *BMJ*, 1, 1399-1460.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B. et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008. Update - Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: USDHHS Public Health Service.
- Grau, M., Elosúa, R., Cabrera-León, Guembe, M. J., Baena-Díez, J. M., Vega-Alonso, T., Félix, F. J. et al. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev. Esp. Cardiol.*, 64 (4), 295-304.
- Hernández García, I., Sáenz González, R. y González Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 33 (1), enero-abril.
- McEwen, A., Hajek, P., McRobbie, H. y West, R. (2006). *Manual of smoking cessation. A guide for counsellors and practicioners*. Londres: Blackwell Publishing.
- National Institutes of Health (NIH), National Cancer Institute Smoking (1998). Tobacco control monograph: cigars, health effects and trends. *NHI Publication*, 98, 4302. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services.
- Nerín, I. (2005). El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Arch. Bronconeumol.*, 41 (7), 360-362.
- NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Disponible en www.nice.org.uk/PH010.
- Rodríguez, M., Ayesta, F. J., Azabal, M. y Rodríguez, F. (2010). *Ayudando a dejar de fumar - Guía para profesionales de la odontología*. Madrid: Consejo de Colegios Oficiales de Dentistas de España.
- Sturm, J. J., Yeatts, K. y Loomis, F. (2004). Effects of tobacco smoke on asthma prevalence and medical care use in North Carolina middle school children. *Am. J. Public. Health.*, 94, 308-313.
- Sicras Manaira, A., Fernández de Bobadilla, J., Navarro Artieda, R. y Sánchez Maestre, C. (2010). Comorbilidades y consumo de recursos sanitarios en población fumadora. Un análisis desde Atención Primaria. *Rev. Clín. Esp.*, 210 (3), 109-117.
- US Department of Health, and Human Services (USDHHS) (2001). *Women and smoking: a report of*

the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Bibliografía capítulo 4

- Adams, K. M., Gilman, S., Kroeppe, R. A., Kruin, K. J., Brungerg, J. A., Dede, D. et al. (1993). Neuropsychological deficits are correlated with frontal hypometabolism in positron emission tomography studies of older alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (2), 205-210.
- Akshoomoff, N. A., Delis, D. C. y Kiefner, M. G. (1989). Block constructions of chronic alcoholics and unilateral brain-damage patients: a test of the right hemisphere vulnerability hypothesis of alcoholism. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4 (3), 275-281.
- Beatty, W. W., Hames, K. A., Blanco, C. R., Nixon, S. J. y Tivis, L. J. (1996). Visuospatial perception, construction and memory in alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57 (2), 136-143.
- Beatty, W. W., Tivis, R., Stott, H. D., Nixon, S. J. y Parsons, O. A. (2000). Neuropsychological deficits in sober alcoholics: influences of chronic and recent consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 149-154.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W. y Nathan, P. E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39 (4), 376-389.
- Biggins, C. A., MacKay, S., Poole, N. y Fein, G. (1995). Delayed P3A in abstinent elderly male chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 19 (4), 1032-1042.
- Blakemore, S. J. y Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3-4), 296-312.
- Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E. y Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (2), 164-171.
- Cadaveira, F., Corominas, M., Rodríguez-Holguín, S., Sánchez-Turet, M. y Grau, C. (1994). Reversibility of brain-stem evoked potential abnormalities in abstinent chronic alcoholics one year follow-up. *Electroencephalography of Clinical Neurophysiology*, 90, 450-455.
- Cadaveira, F., Grau, C., Roso, M. y Sánchez-Turet, M. (1991). Multimodality exploration of event-related potentials in chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15 (4), 607-611.
- Caldwell, L. C., Schweinsburg, A. D., Nagel, B. J., Barlett, V. C., Brown, S. A. y Tapert, S. F. (2005). Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (blood oxygen level dependent) response to spatial working memory. *Alcohol Alcohol*, 40 (3), 194-200.
- Chen, A. C., Porjesz, B., Rangaswamy, M., Kamara-jan, C., Tang, Y., Jones, K. A. et al. (2007). Reduced frontal lobe activity in subjects with high impulsivity and alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (1), 156-165.
- Cohen, H. L., Porjesz, B., Begleiter, H. y Wang, W. (1997). Neurophysiological correlates of response production and inhibition in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (8), 1398-1406.
- Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. y Cadaveira, F. (2002). Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada: hallazgos preliminares. *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (2), 148-158.
- Corral-Varela, M. y Cadaveira, F. (2002). Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del año cerebral. *Revista de Neurología*, 35 (7), 682-687.
- Crego, A., Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2009). Binge drinking affects attentional and visual working memory processing in young university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33 (11), 1870-1879.
- Crego, A., Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug and Alcohol Dependence*, 109 (1-3), 45-56.
- Dao-Castellana, M. H., Samsom, Y., Legault, F., Martinot, J. L., Aubin, H. J., Crouzel, C. et al. (1998). Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings. *Psychological Medicine*, 28, 1039-1048.

- Davies, S. J., Pandit, S. A., Feeney, A., Stevenson, B. J., Kerwin, R. W., Nutt, D. J. et al. (2005). Is there cognitive impairment in clinically «healthy» abstinent alcohol dependence? *Alcohol Alcohol*, 40 (6), 498-503.
- De Bellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff, P. H., Boring, A. M., Hall, J., Kersh, A. et al. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *The American Journal on Psychiatry*, 157, 737-744.
- De Bellis, M. D., Narasimhan, A., Thatcher, D. L., Keshavan, M. S., Soloff, P. y Clark, D. B. (2005). Prefrontal cortex, thalamus, and cerebellar volumes in adolescents and young adults with adolescent-onset alcohol use disorders and comorbid mental disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (9), 1590-1600.
- De Bellis, M. D., Van Voorhees, E., Hooper, S. R., Glibler, N., Nelson, L., Hege, S. G. et al. (2008). Diffusion tensor measures of the corpus callosum in adolescents with adolescent onset alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (3), 395-404.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Recuperado el 27 de marzo de 2010, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Demir, B., Ulug, B., Lay Ergun, E. y Erbas, B. (2002). Regional cerebral blood flow and neuropsychological functioning in early and late onset alcoholism. *Psychiatry Research*, 115 (3), 115-125.
- Desmond, J. E., Chen, S. H., DeRosa, E., Pryor, M. R., Pfefferbaum, A. y Sullivan, E. V. (2003). Increased frontocerebellar activation in alcoholics during verbal working memory: an fMRI study. *Neuroimage*, 19 (4), 1510-1520.
- Ellis, R. J. y Oscar-Berman, M. (1989). Alcoholism, aging, and functional cerebral asymmetries. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 128-147.
- Gansler, D. A., Harris, G. J., Oscar-Berman, M., Streeter, C., Lewis, R. F., Ahmed, I. et al. (2000). Hypoperfusion of inferior frontal brain regions in abstinent alcoholics: a pilot SPECT study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61 (1), 32-37.
- García-Moreno, L. M., Expósito, J., Sanhueza, C. y Angulo, M. T. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20 (3), 271-279.
- García-Moreno, L. M., Expósito, J., Sanhueza, C. y Gil, S. (2009). Rendimiento cognitivo y consumo de alcohol durante los fines de semana en mujeres adolescentes. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 19 (1), 75-91.
- George, M. R., Potts, G., Kothman, D., Martin, L. y Mukundan, C. R. (2004). Frontal deficits in alcoholism: an ERP study. *Brain Cognition*, 54 (3), 245-247.
- Gilman, S., Adams, K. M., Kroeppe, R. A., Berent, S., Kruin, K. J., Modell, J. G. et al. (2000). Cerebellar and frontal hypometabolism in alcoholic cerebellar degeneration studied with positron emission tomography. *Annals of Neurology*, 28, 775-785.
- Goudriaan, A. E., Grekin, E. R. y Sher, K. J. (2007). Decision making and binge drinking: a longitudinal study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (6), 928-938.
- Grant, I. (1987). Alcohol and the brain: neuropsychological correlates. *Journal of Consulting of Clinical Psychology*, 55 (3), 310-324.
- Grant, D. A. y Berg, E. A. (1997). A behavioural analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 401-411.
- Hartley, D. E., Elsabagh, S. y File, S. E. (2004). Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 78 (3), 611-619.
- Ihara, H., Berrios, G. E. y London, M. (2000). Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 68 (6), 731-737.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobar, J. J. y Cano, A. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo. *Psicotema*, 13, 571-580.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R. y Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among US college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3), 263-270.
- Knight, R. G. y Longmore, B. E. (eds.) (1994). *Cognitive impairment in alcoholics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lenroot, R. K. y Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from

- anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 30 (6), 718-729.
- Mann, K., Günthner, A., Stetter, F. y Ackermann, K. (1999). Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: a controlled test-retest study. *Alcohol Alcohol*, 34 (4), 567-574.
- Medina, K. L., McQueeney, T., Nagel, B. J., Hanson, K. L., Schweinsburg, A. D. y Tapert, S. F. (2008). Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: unique gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (3), 386-394.
- Medina, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J. y Tapert, S. F. (2007). Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicology and Teratology*, 29 (1), 141-152.
- Monnot, M., Lovallo, W. R., Nixon, S. J. y Ross, E. (2002). Neurological basis of deficits in affective prosody comprehension among alcoholics and fetal alcohol-exposed adults. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14 (3), 321-328.
- Monnot, M., Nixon, S., Lovallo, W. y Ross, E. (2001). Altered emotional perception in alcoholics: deficits in affective prosody comprehension. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (3), 362-369.
- Moriyama, Y., Mimura, M., Kato, M., Yoshino, A., Hara, T., Kashima, H. et al. (2002). Executive dysfunction and clinical outcome in chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (8), 1239-1244.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G. y Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol Alcohol*, 36 (5), 357-368.
- Moss, H. B., Kirisci, L., Gordon, H. W. y Tarter, R. E. (1994). A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18 (1), 159-163.
- Mota, N. (2011). *Estudio longitudinal del perfil neuropsicológico del consumo intensivo de alcohol entre jóvenes universitarios*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Munro, C. A., Saxton, J. y Butters, M. A. (2000). The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: a cross-sectional study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (10), 1510-1516.
- Nagel, B. J., Schweinsburg, A. D., Phan, V. y Tapert, S. F. (2005). Reduced hippocampal volume among adolescents with alcohol use disorders without psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 139 (3), 181-190.
- Nicolás, J. M., Catafau, A. M., Estruch, R., Lomena, F. J., Salamero, M., Herranz, R. et al. (1993). Regional cerebral blood flow-SPECT in chronic alcoholism: relation to neuropsychological testing. *Journal of Nuclear Medicine*, 34 (9), 1452-1459.
- Noel, X., Paternot, J., Van der Linden, M., Sferrazza, R., Verhas, M., Hanak, C. et al. (2001). Correlation between inhibition, working memory and delimited frontal area blood flow measure by 99mTc-Bicisate SPECT in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*, 36 (6), 556-563.
- Noel, X., Sferrazza, R., Van der Linden, M., Paternot, J., Verhas, M., Hanak, C. et al. (2002). Contribution of frontal cerebral blood flow measured by (99m)Tc-Bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*, 37 (4), 347-354.
- Noel, X., Van der Linden, M., Schmidt, N., Sferrazza, R., Hanak, C., Le Bon, O. et al. (2001). Supervisory attentional system in nonamnesic alcoholic men. *Archives of General Psychiatry*, 58 (12), 1152-1158.
- Oscar-Berman, M., Kirkley, S. M., Gansler, D. A. y Couture, A. (2004). Comparisons of Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics on neuropsychological tests of prefrontal brain functioning. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (4), 667-675.
- Oscar-Berman, M. y Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Research & Health*, 27 (2), 125-133.
- Oscar-Berman, M. y Marinkovic, K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review*, 17 (3), 239-257.
- Parada, M., Corral, M., Fernández-Eire, M. C. y Cadaveira, F. (2007). Rendimiento de los pacientes alcohólicos en la Evaluación Comportamental del Síndrome Disejecutivo (BADs). *Mapfre Medicina*, 18 (suppl. 1), 87-91.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (*binge drinking*). *Adicciones*, 23 (1), 53-63.

- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2011). Binge drinking and declarative memory in university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (8), 1475-1484.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez-Holguín, S. y Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37, 167-172.
- Parsons, O. A. (1987). Neuropsychological consequences of alcohol abuse: many questions-some answers. En O. A. Parsons, N. Butters y P. E. Nathan (eds.), *Neuropsychology of alcoholism: implications for diagnosis and treatment*, 153-175. Nueva York: The Guilford Press.
- Parsons, O. A. (1996). Alcohol abuse and alcoholism. En R. L. Adams, O. A. Parsons, J. L. Culberston y S. J. Nixon (eds.), *Neuropsychology for clinical practice. Etiology, assessment and treatment of common neurological disorders*, pp. 175-201. Washington: APA.
- Pascual, M., Blanco, A. M., Cauli, O., Minarro, J. y Guerri, C. (2007). Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *European Journal of Neuroscience*, 25 (2), 541-550.
- Pfefferbaum, A., Adalsteinsson, E. y Sullivan, E. V. (2006). Dymorphology and microstructural degradation of the corpus callosum: Interaction of age and alcoholism. *Neurobiology of Aging*, 27 (7), 994-1009.
- Pfefferbaum, A., Desmond, J. E., Galloway, C., Menon, V., Glover, G. H. y Sullivan, E. V. (2001). Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: an fMRI study. *Neuroimage*, 14 (1 Pt 1), 7-20.
- Pfefferbaum, A., Lim, K. O., Zipursky, R. B., Mathalon, D. H., Rosenbloom, M. J., Lane, B. et al. (1992). Brain gray and white matter volume loss accelerates with aging in chronic alcoholics: a quantitative MRI study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16 (6), 1078-1089.
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H. y Lim, K. O. (1997). Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (3), 521-529.
- Porjesz, B. y Begleiter, H. (2003). Alcoholism and human electrophysiology. *Alcohol Research & Health*, 27 (2), 153-160.
- Ratti, M. T., Giardini, B. P. y Soragna, D. (2002). Chronic alcoholism and the frontal lobe: which executive functions are impaired? *Acta Neurologica Scandinavica*, 105, 276-281.
- Realmutó, G., Begleiter, H., Odencrantz, J. y Porjesz, B. (1993). Event-related potential evidence of dysfunction in automatic processing in abstinent alcoholics. *Biological Psychiatry*, 33 (8-9), 594-601.
- Rodríguez-Holguín, S., Porjesz, B., Chorlian, D. B., Polich, J. y Begleiter, H. (1999). Visual P3a in male subjects at high risk for alcoholism. *Biological Psychiatry*, 46 (2), 281-291.
- Rosenbloom, M. J., Sassoon, S. A., Fama, R., Sullivan, E. V. y Pfefferbaum, A. (2008). Frontal callosal fiber integrity selectively predicts coordinated psychomotor performance in chronic alcoholism. *Brain Imaging and Behavior*, 2, 74-83.
- Rourke, S. B. y Grant, I. (1999). The interactive effects of age and length of abstinence on the recovery of neuropsychological functioning in chronic male alcoholics: a 2-year follow-up study. *Journal of the International Neuropsychology Society*, 5 (3), 234-246.
- Ryan, C. y Butters, N. (1986). The neuropsychology of alcoholism. En D. Wedding, A. M. Horton y J. S. Webster (eds.), *The neuropsychology handbook: behavioral and clinical perspectives*, pp. 376-409. Nueva York: Springer.
- Samson, Y., Baron, J., Bories, J. y Crouzel, C. (1986). Local cerebral glucose utilisation in chronic alcoholics: a positron tomographic study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 1165-1170.
- Schweinsburg, B. C., Taylor, M. J., Alhassoon, O. M., Videen, J. S., Brown, G. G., Patterson, T. L. et al. (2001). Chemical pathology in brain white matter of recently detoxified alcoholics: a 1H magnetic resonance spectroscopy investigation of alcohol-associated frontal lobe injury. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (6), 924-934.
- Stewart, D. G. y Brown, S. A. (1995). Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. *Addiction*, 90, 627-637.
- Sullivan, E. V. (2003). Compromised pontocerebellar and cerebellothalamocortical systems: speculations on their contributions to cognitive and motor im-

- pairment in nonamnesic alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27 (9), 1409-1419.
- Sullivan, E. V., Harding, A. J., Pentney, R., Dlugos, C., Martin, P. R., Parks, M. H. et al. (2003). Disruption of frontocerebellar circuitry and function in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27 (2), 301-309.
- Sullivan, E. V. y Pfefferbaum, A. (2005). Neurocircuitry in alcoholism: a substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology (Berl)*, 180 (4), 583-594.
- Sullivan, E. V., Rosenbloom, M. J. y Pfefferbaum, A. (2000). Pattern of motor and cognitive deficits in detoxified alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (5), 611-621.
- Tapert, S. F., Baratta, M. V., Abrantes, A. M. y Brown, S. A. (2002). Attention dysfunction predicts substance involvement in community youths. *Journal of American Academy of Child & Adolescent*, 41 (6), 680-686.
- Tapert, S. F. y Brown, S. A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: four-year outcomes. *Journal of International Neuropsychology Society*, 5 (6), 481-493.
- Tapert, S. F., Brown, G. G., Baratta, M. V. y Brown, S. A. (2004). fMRI BOLD response to alcohol stimuli in alcohol dependent young women. *Addictive Behaviors*, 29 (1), 33-50.
- Tapert, S. F., Brown, G. G., Kindermann, S. S., Cheung, E. H., Frank, L. R. y Brown, S. A. (2001). fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (2), 236-245.
- Tapert, S. F., Caldwell, L. y Burke, C. (2005). Alcohol and the adolescent brain human studies. *Alcohol Research & Health*, 28 (4), 205-212.
- Tapert, S. F. y Schweinsburg, A. D. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders. En M. Galanter (ed. de la serie), C. Lowman, G. M. Boyd, V. B. Fader y E. Witt (eds. del volumen), *Recent developments in alcoholism*, vol. 17. *Alcohol problems in adolescents and young adults*, 177-197. Nueva York: Kruwe Academic/Plenum Publishers.
- Tapert, S. F., Theilmann, R. J., Schweinsburg, A., Yafai, S. y Frank, L. R. (2003). *Reduced Fractional Anisotropy in the adolescents with alcohol use disorders*. Póster presentado en el Twelfth Annual Meeting of International Society for Magnetic Resonance in Medicine, Toronto, Canadá, julio.
- Tivis, R., Beatty, W. W., Nixon, S. J. y Parsons, O. A. (1995). Patterns of cognitive impairment among alcoholics: are there subtypes? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19 (2), 496-500.
- Tsagareli, M. G. (1995). The interhemispheric functional organization on human visuo-spatial perception. *Neuroreport*, 6 (6), 925-928.
- Volkow, N. D., Hitzemann, R., Wang, G. J., Fowler, J. S., Burr, G., Pascani, K. et al. (1992). Decreased brain metabolism in neurologically intact healthy alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1016-1022.
- White, A. M. y Swartzwelder, H. S. (2004). Hippocampal function during adolescence: a unique target of ethanol effects. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1021, 206-220.
- Wong, D. F., Maini, A., Rousset, O. G. y Brasis, J. R. (2003). Positron Emission Tomography. A tool of identifying the effects of alcohol dependence on the brain. *Alcohol Research & Health*, 27, 161-175.
- Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*, 17 (2), 251-257.
- Zinn, S., Stein, R. y Swartzwelder, H. S. (2004). Executive functioning early in abstinence from alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (9), 1338-1346.

Bibliografía capítulo 5

- Barrio, G., Jiménez-Mejías, E., Pulido, J., Lardelli-Claret, P., Bravo, M. J. y De la Fuente, L. (2012). Association between cannabis use and non-traffic injuries. *Accid. Anal. Prev.*, 47, 172-176.
- Bhattacharyya, S., Morrison, P. D., Fusar-Poli, P., Martin-Santos, R., Borgwardt, S., Winton-Brown, T., Nosarti, C., O'Carroll, C. M., Seal, M., Allen, P., Mehta, M. A., Stone, J. M., Tunstall, N., Giampietro, V., Kapur, S., Murray, R. M., Zuadi, A. W., Crippa, J. A., Atakan, Z. y McGuire, P. K. (2010). Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. *Neuropsychopharmacology*, 35, 764-774.
- Bénard, G., Massa, F., Puente, N., Lourenço, J., Bellocchio, L., Soria-Gómez, E., Matias, I., Delama-

- re, A., Metna-Laurent, M., Cannich, A., Hebert-Chatelain, E., Mulle, C., Ortega-Gutiérrez, S., Martín-Fontecha, M., Klugmann, M., Guggenhuber, S., Lutz, B., Gertsch, J., Chaouloff, F., López-Rodríguez, M. L., Grandes, P., Rossignol, R. y Marsicano, G. (2012). Mitochondrial CB receptors regulate neuronal energy metabolism. *Nat. Neurosci.*, 15, 558-564.
- Crean, R. D., Crane, N. A. y Mason, B. J. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J. Addict. Med.*, 5, 1-8.
- Crean, R., Tapert, S., Minassian, A., Macdonald, K., Crane, N. y Mason, B. (2011). Effects of chronic, heavy cannabis use on executive functions. *J. Addict. Med.*, 5 (1), 9-15.
- Graaf, R., Radovanovic, M., Van Laar, M., Fairman, B., Degenhardt, L., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kostychenko, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Mora, M. E., Neumark, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tachimori, H., Wells, J. E. y Anthony, J. C. (2010). Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: Epidemiologic evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Am. J. Epidemiol.*, 172, 149-159.
- Degenhardt, L., Hall, W. y Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis and other substance use in the general population. *Drug Alcohol Depend.*, 64, 319-327.
- Devane, W., Dysarz, F., Johnson, M., Melvin, L. y Howlett, A. (1988). Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Mol. Pharmacol.*, 34, 605-613.
- Devane, W. A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R. G., Stevenson, L. A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A. y Mechoulam, R. (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 258, 1946-1949.
- Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95, 505-520.
- Fernández Artamendi, S., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R. y García Portilla, P. (2011). Cannabis and mental health. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 39, 180-190.
- Fernández Espejo, E., Viveros, M. P., Núñez, L., Ellenbroek, B. A. y Rodríguez de Fonseca, F. (2009). Role of cannabis and endocannabinoids in the genesis of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*, 206, 531-549.
- Giuffrida, A., Parsons, L. H., Kerr, T. M., Rodríguez de Fonseca, F., Navarro, M. y Piomelli, D. (1999). Dopamine activation of endogenous cannabinoid signaling in dorsal striatum. *Nature Neuroscience*, 2, 358-363.
- Gorriti, M. A., Rodríguez de Fonseca, F., Navarro, M. y Palomo, T. (1999). Chronic delta-9-tetrahydrocannabinol treatment induces sensitization to the psychomotor effects of amphetamine in rats. *Eur. J. Pharmacol.*, 365, 133-142.
- Hall, W. y Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352, 1611-1616.
- Hanson, K. L., Winward, J. L., Schweinsburg, A. D., Medina, K. L., Brown, S. A. y Tapert, S. F. (2010). Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav.*, 35, 970-976.
- Hasin, D. S., Keyes, K. M., Alderson, D., Wang, S., Aharonovich, E. y Grant, B. (2008). Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. *J. Clin. Psychiatry*, 69, 1354-1363.
- Jager, G., Block, R. I., Luijten, M. y Ramsey, N. F. (2010). Cannabis use and memory brain function in adolescent boys: a cross-sectional multicenter functional magnetic resonance imaging study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 49, 561-572, 572.e1-3.
- Jager, G. y Ramsey, N. F. (2008). Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. *Curr. Drug Abuse Rev.*, 1, 114-123.
- Jouanous, E., Leymarie, F., Tubery, M. y Lapeyre Mestre, M. (2011). Cannabis-related hospitalizations: unexpected serious events identified through hospital databases. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 71, 758-765.
- Kathuria, S., Gaetani, S., Fegley, D., Valino, F., Duranti, A., Tontini, A., Mor, M., Tarzia, G., La Rana, G., Calignano, A., Giustino, A., Tattoli, M., Palmery, M., Cuomo, V. y Piomelli, D. (2003). Modulation of anxiety through blockade of anandamide hydrolysis. *Nature Medicine*, 9, 76-81.

- Lane, S. D., Cherek, D. R. y Lieving, L. M. (2005). Marijuana effects on human forgetting functions. *J. Exp. Anal. Behav.*, 83, 67-83.
- Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., Liu, F., Kelly, D. L., Boggs, D. L. y Gorelick, D. A. (2010). Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. *Drug Alcohol Depend.*, 111, 120-127.
- Maldonado, R. y Rodríguez de Fonseca, F. (2002). Cannabinoid addiction: behavioral models and neural correlates. *J. Neurosci.*, 22, 3326-3321.
- Maldonado, R., Valverde, O. y Berrendero, F. (2006). Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. *Trends Neurosci.*, 29, 225-232.
- Malone, D. T., Hill, M. N. y Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *Br. J. Pharmacol.*, 160, 511-522.
- Marsicano, G., Wotjak, C. T., Azad, S. C., Bisogno, T., Rammes, G., Cascio, G., Hermann, H., Tang, J., Hofmann, C., Zieglgänsberger, W., Di Marzo, V. y Lutz, B. (2002). The endogenous cannabinoid system controls extinction of aversive memories. *Nature*, 418, 530-534.
- Matsuda, L. A., Lolait, S. J., Brownstein, M. J., Young, A. C. y Bonner, T. I. (1990). Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature*, 346, 561-564.
- Mechoulam, R. (1970). Marijuana chemistry. *Science*, 168, 1159-1166.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.
- Navarro, M., Chowen, J., Rocío, A., Carrera, M., Del Arco, I., Villanúa, M. A., Martín, Y., Roberts, A. J., Koob, G. F. y Rodríguez de Fonseca, F. (1998). CB1 cannabinoid receptor antagonist-induced opiate withdrawal in morphine-dependent rats. *Neuroreport.*, 9, 3397-3402.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). *El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2011*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Patton, G. C., Coffey, C. y Carlin, J. B. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325, 1195-1198.
- Phan, K. L., Angstadt, M., Golden, J., Onyewuenyi, I., Popovska, A. y De Wit, H. (2008). Cannabinoid modulation of amygdala reactivity to social signals of threat in humans. *J. Neurosci.*, 28, 2313-2319.
- Piomelli, D. (2003). The molecular logic of endocannabinoid signalling. *Nat. Rev. Neurosci.*, 4, 873-884.
- Rodríguez de Fonseca, F., Carrera, M. R., Navarro, M., Koob, G. F. y Weiss, F. (1997). Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 276, 2050-2054.
- Rodríguez de Fonseca, F., Del Arco, I., Bermúdez Silva, F. J., Bilbao, A., Cippitelli, A. y Navarro, M. (2005). The endocannabinoid system: physiology and pharmacology. *Alcohol Alcohol*, 40, 2-14.
- Solowij, N., Jones, K. A., Rozman, M. E., Davis, S. M., Ciarrochi, J., Heaven, P. C., Lubman, D. I. y Yücel, M. (2011). Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)*, 216, 131-144.
- Solowij, N., Stephens, R. S., Roffman, R. A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B. y Vendetti, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA*, 287, 1123-1131.
- Van Hell, H. H., Vink, M., Ossewaarde, L., Jager, G., Kahn, R. S. y Ramsey, N. F. (2010). Chronic effects of cannabis use on the human reward system: an fMRI study. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 20, 153-163.
- Wilson, R. I. y Nicoll, R. A. (2002). Endocannabinoid signaling in the brain. *Science*, 296, 678-682.
- Zanettini, C., Panlilio, L. V., Alicki, M., Goldberg, S. R., Haller, J. y Yasar, S. (2011). Effects of endocannabinoid system modulation on cognitive and emotional behavior. *Front Behav. Neurosci.*, 5, 57.

Bibliografía capítulo 6

- Álvarez, Y. y Farré, M. (2005). Farmacología de los opioides. En J. J. Fernández y M. Torrens, *Opiáceos. Adicciones*, 17 (2), 21-40.
- Atance, J. A. (1993). *Neurobiología de la drogadicción*. Madrid: Eudema.
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: Juventud y Sociedad.
- Comb, M., Seeburg, P. H., Adelman, J., Eiden, L. y Herbert, E. (1982). Primary structure of the human

- Met- and Leu-enkephalin precursor and its mRNA. *Nature*, 295, 663-666.
- Fernández, J. y Pereiro, C. (2007). *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*, pp. 24-25. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Flórez, J. (2003). Fármacos analgésicos opioides. En J. Flórez, J. A. Armijo, A. Mediavilla, (eds.), *Farmacología humana*, 4.^a ed., pp. 461-478. Barcelona: Masson.
- Gamella, J. (1993). Censo intensivo de los heroinómanos en un barrio de Madrid. *Antropología*, 57-101.
- Gamella, J. (1988). *Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas*. Actas de los Encuentros Municipales sobre drogodependencias. Chicla-na, Cádiz.
- González, E. (1985). *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.
- Gutstein, H. B. y Akil, H. (2001). *Opioid Analgesics*, 10.^a ed., pp. 569-619. McGraw-Hill.
- Kakidani, H., Furutani, Y., Takahashi, H., Noda, M., Morimoto, Y. e Hirose, T. (1982). Cloning and sequence analysis of cDNA for porcine beta-neo-enkephalin/dynorphin precursor. *Nature*, 298, 245-249.
- Khachaturian, H., Lewis, M. E., Schäfer, M. K. H. y Watson, S. J. (1985). Anatomy of the CNS opioid systems. *Trends Neurosci.*, 8, 111-119.
- Meana, J. (2011). Características farmacológicas de la buprenorfina y la naloxona. En J. Bobes et al., *Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con Buprenorfina/Naloxona*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Nakanishi, S., Inoue, A., Kita, T., Nakamura, M., Chang, A. C. Y., Cohen, S. N. et al. (1979). Nucleotide sequence of cloned cDNA for bovine corticotropin-beta-lipotropin precursor. *Nature*, 278, 423-427.
- NIDA (2009). *Principles of drug addiction treatment*, 2.^a ed.
- Noda, M., Furutani, Y., Takahashi, H., Toyosato, M., Hirose, T. e Inayama, S. (1982). Cloning and sequence analysis of cDNA for bovine adrenal preproenkephalin. *Nature*, 295, 202-206.
- OEDT (2011). *El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington, MA: Health.
- Pert, C. B. y Snyder, S. H. (1973). Opiate receptor: demonstration in nervous tissue. *Science*, 179, 1011-1014.
- Rossier, J., Vargo, T. M., Minick, S., Ling, N., Bloom, F. E. y Guillemin, R. (1977). Regional dissociation of beta-endorphin and enkephalin contents in rat brain and pituitary. *Proc. Natl. Aca. Sci. USA*, 74, 5162-5165.
- Schumacher, M. A., Basbaum, A. I. y Way, W. L. (2004). Opioid analgesics and antagonists. En B. G. Katzung (ed.), *Basic and Clinical Pharmacology*, 9.^a ed., pp. 497-516. Nueva York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Simon, E. J., Hiller, J. M. y Edelman, I. (1973). Stereospecific binding of the potente narcotic analgesic [3H]etorphine to rat-brain homogenate. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 70, 1947-1949.
- Snyder, S. (1992). *Drogas y cerebro*. Barcelona: Prensa Científica.
- Snyder, S. H. y Pasternak, G. W. (2003). Historical review: Opioid receptors. *Trends Pharmacol. Sci.*, 24, 198-205.
- Terenius, L. (1973). Stereospecific interaction between narcotic analgesics and a synaptic plasma membrane fraction of rat cerebral cortex. *Acta Pharmacol. Toxicol.*, 32, 317-320.
- UNODC (2011). *World Drug Report (2011)*. Viena: United Nations.
- Valverde, O. y Maldonado, R. (2005). Neurobiología de la adicción a opiáceos. *Opiáceos. Adicciones*, 17 (2), 41-56.

Bibliografía capítulo 7

- Bagozi, F. (1996). *Generazione in ecstasy*. Turín: Gruppo Abele.
- Beine, A., De Timary, P. y Hermans, S. (2006). Neurobiology and psychology of addictions. *J. Pharm. Belg.*, 61 (1), 15-25.
- Callado, L. F. et al. (2010). Nuevos retos en el abordaje de las adicciones a cocaína y alcohol. *Trastornos Adictivos*, 12 (4), 127-128.
- Childress, A. R., Ehrman, R., Roohsenow, D. J., Robbins, S. J. y O'Brien, C. P. (1992). Classically conditioned factors in drug dependence. En R. B. Subman y J. G. Langard (eds.), *Substance abuse*, pp. 56-69. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Colado, M. I. (2008). Éxtasis (MDMA) y drogas de diseño: estructura, farmacología, mecanismos de acción y efectos en el ser humano. *Trastornos Adictivos*, 10 (3), 175-182.
- Crespo Fernández, J. A. y Rodríguez, C. A. (2007). Bases neuroanatómicas, neurobiológicas y del aprendizaje de la conducta de adicción a la cocaína. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, (1), 83-107.
- Dafters, R. I., Hoshi, R. y Talbot, A. C. (2004). Contribution of cannabis and MDMA (ecstasy) to cognitive changes in long-term polydrug users. *Psychopharmacology*, 173, 405-410.
- De Win, M. M. L., Reneman, L. et al. (2004). Mood disorders and serotonin transporter density in ecstasy users-the influence of long-term abstention, dose and gender. *Psychopharmacology*.
- Fernández Espejo, E. (2006) Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes. *Rev. Neurol.*, 43 (3), 147-154.
- Fessler, R. D. y Christopher, M. (1997). The neurovascular complications of cocaine. *Surg. Neurol.*, 47, 339-345.
- Fox, H. C., Toplis, A. S., Turner, J. J. y Parrot, A. C. (2001). Auditory verbal learning in drug-free ecstasy polydrug users. *Hum. Psychopharmacol.*, 16, 613-618.
- Galindo Menéndez, A. (2002). Manejo del paciente con dependencia de la cocaína. *Trastornos Adictivos*, 2 (2), 122-132.
- Green, A. R., Sánchez, V., O'Shea, E., Saadat, K. S., Elliot, J. M. y Colado, M. I. (2004). Effect of ambient temperature and a prior neurotoxic dose of 3,4 metilendimetamphetamine (MDMA) on the hyperthermic response of rats to a single or repeated dose («bing ingestion») low dose of MDMA. *Psychopharmacology*, 173, 264-269.
- Hefferman, T. M., Ling, J. y Scholey, A. B. (2001). Subjective ratings of prospective memory deficits in MDMA (ecstasy) users. *Hum. Psychopharmacol.*, 16, 339-344.
- Henry, J. A., Jeffreys, K. W. y Dawling, S. (1992). Toxicity and deaths from 3,4 metilendioxyamphetamine. *Lancet*, 340, 384-387.
- Huizink, A. C., Fredinad, R. F., Van der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2006). Symptoms of anxiety and depression in childhood and use of MDMA: prospective population based study. *British Medical Journal*, 332, 825.
- Johanson, C. E. y Schuster, C. H. R. (1995). Cocaine. En F. E. Bloom y D. J. Kupfer (eds.), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Nueva York: Raven Press Ltd.
- Kalivas, P. W. y Stewart, J. (1991). Dopamine transmission in the initiation and expression of drug- and stress-induced sensitization of motor activity. *Brain Res. Rev.*, 16, 223-244.
- Kalivas, P. W. y Duffy, P. (1993). Time course of extracellular dopamine and behavioral sensitization to cocaine. *J. Neurosci.*, 13, 266-275.
- Lange, R. A. y Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. *N. Engl. J. Med.*, 345, 351-358.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 457.
- Lieb, R., Schuetz, C. G., Pfister, H., Von Sydow, K. y Wittchen, H. (2002). Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 195-207.
- Liechti, M. E., Kunz, I. y Kuferschmidt, H. (2005). Acute medical problems due to ecstasy use. *Swiss Med. Wkly.*, 135, 652-657.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vázquez, R. et al. (2010). Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Euro Heart J.*, 31, 318-329.
- Ness, R. B., Grisso, J. A. y Hirschinger, N. (1999). Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *N. Engl. J. Med.*, 340, 333-339.
- Nestler, E. J. (2004). Historical review. Molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. *Trends Pharmacol. Sci.*, 25, 210-218.
- Nichols, D. E. (1986). Differences between the mechanism of action of MDMD, MDMB and the classis hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: Entactogens. *J. of Psychoactive Drugs*, 18, 305-313.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2001). *Serie de reportajes de Investigación. Cocaína: Abuso y Adicción de NIH*. Publicación número 10-4166 (S), enero.
- OED (Observatorio Español sobre Drogas) (2009). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. *Informe 2009. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Parrot, A. C. (2001). Human psychopharmacology of

- ecstasy (MDMA): a review of 15 years of empirical research. *Hum. Psychopharmacol.*, 16, 557-577.
- PNSD (Plan Nacional sobre Drogas) (2007). *Estadísticas y estudios. Guía sobre drogas 2007. Cocaína*. <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/publicaciones/guia2008/cocaina.htm>. Revisado en febrero de 2012.
- Ramos Atance, J. A. (1993). *Neurobiología de la drogadicción*. Madrid: Eudema.
- Rang, H. P., Gale, M. M., Ritter, J. M. y Flower, R. J. (2008). *Farmacología*, 6.^a ed., pp. 179-188 y 610-616. Elsevier. ISBN: 978-84-8086-303-2.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res. Rev.*, 18, 247-291.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95, S91-117.
- Rodgers, J., Buchanan, T., Scholey, A. B. y Parrot, A. C. (2001). Differential effects of ecstasy and cannabis on self-reports of memory ability: a web-based study. *Hum. Psychopharmacol.*, 16, 619-625.
- Schifano, F., Oyefeso, A. et al. (2003). Deaths rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002. *Hum. Psychopharmacol.*, 18, 519-524.
- SES (Servicio Extremeño de Salud) (2011). *Guía-Protocolo de actuación en personas con trastorno por consumo de cocaína*, pp. 25-29. Junta de Extremadura: Consejería de Salud y Política Social.
- Simon, N. G. y Mattick, R. P. (2002). The impact of regular ecstasy use on memory function. *Addiction*, 97, 1523-1529.
- Spitz, H. I. y Rosecan, J. S. (1990). *Abuso de cocaína: nuevos enfoques en investigación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Sunniva, N. K., Olav, S. y Lars, S. (2007). The dark side of ecstasy: Neuropsychiatric symptoms after exposure to 3,4 metiildioximetamfetamine. *Basic & Clinical Pharmacology and Toxicology*, 102, 15-24.
- Velasco, A., San Román, L., Serrano, J., Martínez Sierra, R. y Cadavid, I. (2003). *Farmacología Fundamental*, pp. 409-412. McGraw-Hill Interamericana. ISBN: 84-486-0482-2.
- Verheyden, S. L., Maidment, R. y Currant, H. V. (2003). Quitting ecstasy: an investigation of why people stop taking the drug and their subsequent mental health. *J. Psychopharmacology*, 17, 371-378.
- Verkes, R. J., Gijsman, H. J., Pieters, M. S. M. et al. (2001). Cognitive performance and serotonergic function in users of ecstasy. *Psychopharmacology*, 153, 196-202.
- Volkow, N. D. y Fowler, J. S. (2000). Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the prefrontal cortex. *Cereb. Cortex*, 10, 318-325.
- Wise, R. A. (2000). Addiction becomes a brain disease. *Neuron*, 26, 27-33.
- Yang, J., Jamei, M. et al. (2006). Implications of mechanism-based inhibition of CYP2D6 for the pharmacokinetics and toxicity of MDMA. *J. Psychopharmacol.* 20, 842-849.

Bibliografía capítulo 8

- Alonso, C. et al. (2004). *Prevención de la A la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Alvira, F. (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Bordens, K. S. y Abbott, B. B. (1999). *Research design and methods: A process approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Carmona, J. A. (1977). Dossier Regionaux el Indicateurs Sociaux. En *Los indicadores sociales hoy*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Sociológicas.
- Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Lisboa: EMCDDA-OEDT.
- Meneu, R. (2003). Algunas evidencias sobre las decisiones sanitarias. Implicaciones para la formulación de políticas. En E. Regidor, *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*. Murcia: Universidad de Alicante.

- NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Maryland: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Sánchez, L. (1994). *Evaluación de la efectividad de los programas de atención a las drogodependencias en la empresa*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Sánchez, L. (2001). *SOCIDROGA. Programa interactivo de formación continuada de trabajadores sociales en el campo de la intervención en drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Sánchez, L. (2011). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Tinarelli, A. et al. (2000). La evaluación de las acciones en prevención. En Grupo IGIA et al., *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*, pp. 391-399. Madrid: Ayuntamiento de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública*, 75, 489-490.
- Salvador, T. (2008). Guía para la planificación de programas preventivos en el campo de las drogodependencias: el modelo lógico. En *Procesos preventivos y cartera de servicios del Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los metaanálisis? *Rev. Esp. Salud Pública*, 76, 175-187.
- Elder, R. W. et al. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Ennet, S. et al. (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prevention Science*.
- Ennet, S. et al. (1994). How effective is drug abuse resistance education. A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*.
- Faggiano, F. et al. (1995). School based prevention of illicit drugs use. *Cochrane Data System Review*.
- Farelly, M. C. et al. (2005). Evidence of a dose-response relationship between truth antismoking ads and youth smoking prevalence. *American Journal of Public Health*.
- Flay, B. (2009). School based prevention programs with the promise of long term effects. *Tobacco Induced Diseases*.
- Foxcroft, D. R. et al. (2005). Longer term primary prevention for alcohol misuse in young people. Cochrane systematic review. *International Journal of Epidemiology*.
- Gottfredson, D. C. y Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*.
- Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya (2008). *Consum de drogues i problemes associats*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut.
- Luengo et al. (2000). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Martín, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15 (2), 327-346.
- Millward, L. et al. (2004). *Evidence for effective drug prevention in young people. A summary of findings arising from research activity to date*. Health Development Agency. National Health System.
- Morgan, M. (2001). *Drug use prevention. Overview of research*. Dublín, Irlanda: National Advisory Committee on Drugs.

Bibliografía capítulo 9

- Anderson, P. et al. (eds.) (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organization.
- Babor, T. et al. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Organización Panamericana de la Salud.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23 (2), 101-102.
- Canning et al. (2004). *Drug Use Prevention: a Review of Reviews*. Health Development Agency.
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65 (10), 420-425.
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de

- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20 (1), 3-50.
- Porath Waller, A. et al. (2010). *A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use*. Health Education & Behaviour.
- Salvador Llivina et al. (2006). *Impacto sanitario y económico de la regulación del tabaquismo en el medio laboral: revisión de la evidencia*. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.
- Skara, S. y Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluation. *Preventive Medicine*.
- Sowden, A. J. y Arblaster, L. (2007). *Mass media interventions for preventing smoking in young people (review)*. The Cochrane Collaboration.
- Stephens, P. et al. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: Modelling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette, alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Strang, J. et al. (2012). Drug Policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*.
- Stockwell, T. et al. (2005). *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. San Francisco.
- Sumnall, H. y Bellis, M. (2007). Can health campaigns make people ill? The iatrogenic potential of population-based cannabis prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11 (3), 1-28.
- Tobler, N. S. et al. (2000). School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4).
- Tobler, N. S. (2002). *Adolescents respond best to interactive drug prevention programs*. Robert Woos Foundation.
- Velleman, R. et al. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*.
- Wagenaar, A. C. y Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking ages laws: review and analysis of the literature from 1996 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*.
- White, D. y Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction*.
- World Health Organization (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use. A selected review of what works in prevention*. WHO.

Bibliografía capítulo 10

- Alonso, C. (2003). Intervención comunitaria para la prevención del consumo de drogas en la población infantil y juvenil. En C. Velaz de Medrano (coord.), *Orientación comunitaria. El asesoramiento educativo para la resolución de problemas de los menores vulnerables o en conflicto social*, pp. 275-348. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Collins, L. M., Sussman, S., Rauch, J. M., Dent, C. W., Johnson, C. A., Hansen, W. B. y Flay, B. R. (1987). Psychosocial predictors of young adolescent cigarette smoking: a sixteen-month, three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (6), 554-573.
- Comas, D. (1997). *Los mojones del camino: hitos en la construcción de un referente operativo para la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar*. Madrid. Ed. FAD. Disponible en Internet en http://www.fad.es/sala_lectura/mojones.pdf (consultado 12 de marzo de 2012).
- Donaldson, S., Hansen, W. y Graham, J. W. (1997). *Combating Negative Social Influences: Lessons from The Adolescent Alcohol Prevention Trial*. Disponible en Internet en http://www.tanglewood.net/projects/teachertraining/Book_of_Readings/Donaldson.pdf (consultado 14 de septiembre de 2011).
- Flynn, B. S., Worden, J. K. y Secker-Walker, R. H. (1992). Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health*, 82, 827-834.
- Hastings, G. y Stead, M. (1999). *Using the media in drugs prevention*. Centre for Social Marketing. University of Strathclyde. Disponible en Internet en: <http://www.nationalarchives.gov.uk/ero/records/ho/421/2/dpas/dpas19.pdf> (consultado 5 de marzo de 2012).
- Macaskil, P., Pierce, J. P., Simpson, J. M. y Lyle, D. M. (1992). Mass media-led antismoking campaign can remove the education gap in quitting behavior. *Pu-*

- blic Health*, 82, 96-98. Disponible en Internet en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694428/pdf/amjph00538-0098.pdf> (consultado 6 de marzo de 2012).
- Palmgreen, P. y Donohew, L. (2003). Effective mass media strategies for drug abuse prevention campaigns. En Z. Slobada y W. Bukoski (eds.), *Handbook of drug abuse prevention*. Nueva York: Kluwe Academic-Plenum.
- Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E. P., Hoyle, R. H. y Stephenson, M. T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of a sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 91, 292-296.
- Pape, H. (2009). School-based programmes that seem to work. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26. Disponible en Internet en http://www.sirus.no/files-tore/Dummy_graphics/pape_SCHOOL-basedprogrammes_10.pdf (consultado 22 de marzo de 2012).
- Pechmann, C. y Ratneshwar, S. (1994). The effects of anti-smoking and cigarette advertising on young adolescents' perceptions of peers who smoke. *Journal of Consumer Research*, 21, 236-251.
- Rodríguez, E., Ballesteros, J. C., Megías, I. y Rodríguez, M. A. (2008). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD.
- Roona, M. et al. (2007). *Identifying effective school-based substance abuse prevention interventions*. En Internet: <http://silvergategroup.com/public/PREV2000/Roona.pdf> (consultado 20 de marzo de 2012).
- Sánchez, L. et al. (2004). *Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes*. Madrid: FAD.
- Sánchez, L. (2006). *La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, mensajes y contenidos*. Colección Drogodependencias núm. 1. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Sánchez, L. (2012). *El impacto de la publicidad en los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes*. Valladolid: Comisionado para la Droga. Junta de Castilla y León. Disponible en Internet: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Result_Invest_Impacto_ConsumoalcoholAdolesc_CYL.pdf (consultado 18 de abril de 2012).
- Santacreu, J., Zaccagnini, J. L. y Márquez, M. (1992). *El problema de «la droga». Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Schilling, R. y McAlister, A. (1990). Preventing drug use in adolescents through media interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 416-424.
- Secker-Walker R. H., Worden J. K. y Holland, R. R. et al. (1997). A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost-effectiveness. *Rev. Tobacco Control*, 6, 207-212.
- Sly, D. F., Trapido, E. y Ray, S. (2002). Evidence of the dose effects of an antitobacco counter-advertising campaign. *Revista Prev. Med.*, 35, 511-518.
- Sussman, S., Stacy, A., Dent, C., Burton, D. y Flay, B. (1993). Refusal assertion versus conversational skill role-play competence: Relevance to prevention of tobacco use. *Statistical Medicine*, 12 (3/4), 365-376.
- Swadi, H. y Zeitlin, H. (1987). Drug education to school children: Does it really work? En R. Coomber (ed.), *Drugs and drug Use in Society: A Critical Reader*. Greenwich University Press.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336.
- Torjman, R. (1986). *Preventing in the drug field. Essential concepts and strategies*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Bibliografía capítulo 11

- Babor, F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, J. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Brodsky, C. y Epstein, I. (1996). The psychiatric disorders of aging in the work organization. *Occupational Medicine*, 11, 739-744.
- Estatuto de los Trabajadores (1995). Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

- Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) (2005). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid.
- Gobierno Vasco (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Victoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Goldberg, D. (1978). *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Howland, J., Almeida, A., Rohsenow, D., Minsky, S. y Greece, J. (2006). How safe are federal regulations on occupational alcohol use? *Journal Public Health Policy*.
- International Labour Organization (ILO) (2002). *Drug and alcohol abuse, an important workplace issue*. www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J. y Ferrie, J. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*, 320, 971-715.
- Mingote, J., Del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., De Miguel, I. y Gálvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 52 (208), 29-52.
- Navarro, J. y Megías, E. (1999). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Generalitat Valenciana.
- Navarro, J. (2008). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la Comunidad de Madrid 2006*. Comunidad de Madrid: EDIS (Equipo de Investigación Sociológica). Observatorio Drogodependencias. Agencia Antidroga.
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina Seguridad Trabajo*, 54 (213), 25-32.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1988). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1994). *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1998). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005a). *Decent work and poverty reduction strategies. A reference manual for ILO staff and constituents*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005b). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas*. Ginebra.
- Plana, P. (2007). *Drogas y alcohol en el mundo laboral*. En prensa.
- PNSD (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ramírez, D., Marínez, K. y Asúnsolo, A. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Med. Secur. Trab.*, 57 (224), 190-209.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R. M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA(CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Salvador, T., Suelves, J. y Del Pozo, J. (2003). *Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Sanchís, M. y Martín, E. (1997). *En alcohol y drogas: Depende de todos*. Valencia: Documento de la Conserjería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.
- Sindelar, S., Duchovny, N., Falba, T. y Busch, S. (2005). If smoking increases absences, does quitting reduce them? *Tobacco Control*, 14, 99-105.
- Valdenebro, J., Valdés, E. y Romo, A. (1993). Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina*, 4, 4-15.
- Varela, J., Carrera, I., Rial, A., Braña, T. y Osorio, J. (2006). *Identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol. Unha Adaptación do Audit a Poboación Galega*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade: Secretaría Xeral do SERGAS.
- Xunta de Galicia (2008). *Al Alcance. Programa de prevención en el ámbito laboral*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia (SERGAS).

Bibliografía capítulo 12

- Aguilar, M. C. (2002). *Educación familiar: una propuesta disciplinar y curricular*. Málaga: Aljibe.
- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Álvarez, J. L. (1999). Rompiendo el distanciamiento entre la familia y la escuela. *Cultura y Educación*, 16, 63-80.
- Amengual, M., Mejías, G. y Calafat, A. (1991). Approche de la théorie et de la pratique de formation du corps enseignant. *Bulletin du liaison du CNDT*, 17, 9-19.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bell, R. M., Ellickson, P. L. y Harrison, E. R. (1993). Do drug prevention effects persist into high school? How project alert did with ninth graders. *Preventive Medicine*, 22, 463-483.
- Bohrn, K., Fabiani, L., Florek, E., Gabrhelik, R., Galanti, R., Kyriakidou, M., Sánchez, S., Terzopoulou, G., Vadrucci, S., Vassara, M. y Taglianti, V. (2008). *Prevención del abuso de sustancias entre el alumnado. Guía para implementar con éxito programas basados en el modelo de influencia social en centros escolares*. European drug addiction prevention trial y EDEX. www.eudap.net y en www.edex.es.
- Botvin, G. J. (1999a). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M. D. Glantz y C. R. Hartel (eds.), *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association.
- Botvin, G. J. (1999b). Prevention in schools. En R. T. Ammerman y P. Ott (eds.), *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse*. Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Association.
- Botvin, G. J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M. y Kernet, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology*, 11, 290-299.
- Botvin, G. y Wills, T. (1985). Personal and social skills training. Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. En C. Bell y R. Battjes (eds.), *Prevention research: deterring drug abuse children an adolescents*. Washington: NIDA. Research Monograph.
- Botvin, G., Baker, E., Dusembury, L., Tortu, S. y Botvin, E. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3 year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4), 437-446.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G., Epstein, J., Baker, E., Diaz, T. y Williams, M. (1997). School based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-20.
- Brown, S. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28 (3), 181-189.
- Buddy, T. (2003). Female drinking and brain damage. *Medical Review Board*. <http://alcoholism.about.com/cs/women>.
- Burkhart, G. y Crusellas, L. (2002). *Comparison of school-based prevention programmes in Europe: an analysis of the EDDRA (exchange on drug demand reduction action) database*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21 (1), 9-14.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. (1988). Prólogo. En J. A. Rodríguez y C. López, *Drogodependencias en la escuela*. Ayuntamiento de Santa Pola.
- Calafat, A. (1994). La escuela y los programas de prevención de las drogodependencias. Perspectiva, líneas de trabajo y opciones. En *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*. Madrid: Fundación CREFAT.
- Calafat, A. (2000). *La formación de mediadores en la prevención escolar de las drogodependencias. Reflexiones en torno a la prevención de las mismas*. Diputación de Cádiz. <http://www.dipucadiz.es>.

- Chaloupka, F., Cummings, K., Morley, C. y Horan, J. (2002). Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11, 62-72.
- Coggans, N., Cheyne, B. y McKellar, S. (2003). *The life skills training drug education programme: a review of research*. Escocia: University of Strathclyde, Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.
- Comité Européen de la Santé (1991): *Éducation pour la santé*. Documento fotocopiado.
- Cuipjers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Dewey, J. F. (1999). Reviewing the relationship between school factors and substance use for elementary, middle, and high school students. *The Journal of Primary Prevention*, 19, 3, 177-225.
- DGPNSD (2009). *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2008)*.
- Dijkstra, M., Mesters, I., De Vries, H., Van Breukelen, G. y Parcel, G. S. (1999). Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Education Research*, 14 (6), 791-802.
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S. y Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science*, 3 (3), 191-202.
- Dishion, T., McCord, J. y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Elder, J., Wildey, M., Sallis, J., Eckhardt, L., Edwards, C., Erickson, A., Golbeck, A., Hovel, M. y Johnston, D. (1993). The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: classroom and telephone intervention. *American Journal of Public Health*, 83, 1239-1244.
- Ellickson, P. L. y Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science*, 247, 1299-1305.
- Espada, J., Méndez, X., Botvin, G., Griffin, K., Orgi-les, M. y Rosa, A. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología conductual*, 10 (3), 581-602.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). *Las drogas en el punto de mira. La prevención de las drogodependencias en los centros escolares*. www.emcdda.europa.eu/attachements/.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006a). *Gender-specific approaches in responses to drug use. Prevention: universal and selective prevention for boys and girls*. Annual Report.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006b). *The state of the drugs problem in Europe*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009). *Best Practice Portal*. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/>.
- Evans-Whipp, T., Beyers, J., Lloyd, S. y Catalano, R. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International*, 19, 2, Oxford University Press.
- Fisher, D. (1998). *Environmental strategies for substance abuse prevention: Analysis of the effectiveness of policies to reduce alcohol, tobacco, and illicit drug problems*. www.emcdda.europa.eu/.
- Flay, B. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25 (6), 861-885.
- Flay, B. R., Keopke, D., Thomson, S. J., Santi, S., Best, J. A. y Brown, K. S. (1989). Long-term follow-up of the first Waterloo smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-1376.
- García Averasturi, L., López Díaz, C. y Egea Molina, E. (2008). *Sustancias adictivas y adolescencia*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. www.cop.es/delegaci/palmas.
- García Averasturi, L. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Gázquez, M., García del Castillo, J. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9 (2), 185-208.

- González, A., Fernández, J. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*, pp. 13-55. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Goodstadt, M. (1978). Alcohol and drug education: models and outcomes. *Health Education Monographs*, 6, 263-279.
- Gorman, D. (1996). Do school-based social skills training programmes prevent alcohol use among young people? *Addiction Research*, 4 (2), 191-210.
- Hansen, W. y McNeal, R. (1997). How DARE works: an examination of program effects on mediating variables. *Health Education and Behavior*, 24, 165-176.
- Jonhson, C., Hansen, W. y Pentz, M. (1986). Comprehensive community programs for drug abuse prevention. *Journal of Children in Contemporary Society*, 18, 181-199.
- Kandel, D. B. (1978). *Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues*. Washington: Hemisphere.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal American Academic Clinique Psychiatry*, 21 (4), 328-347.
- Komro, K., Perry, C., Williams, C., Stigler, M., Farbaksh, K. y Veblen-Mortenson, S. (2001). How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Education Research*, 16, 59-70.
- Lalongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 146-160.
- Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. y López-Goñi, J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17, 2, 121-129.
- Luepker, R. V., Johnson, C. A., Murray, D. M. y Pechacek, T. F. (1983). Prevention of cigarette smoking: Three year follow-up of educational programs for youth. *Journal of Behavioral Medicines*, 6, 53-61.
- Maciá, D., Olivares, J. y Méndez, F. (1993). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En F. X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares (eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- MacKinnon, D. P., Johnson, C. A., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R. y Wang, E. Y. I. (1993). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology*, 10, 164-172.
- Mayers, R. y Kail, B. (1993). *Hispanic substance abuse: An overview*. En R. S. Mayers, B. L. Kail y T. D. Watts (eds.), *Hispanic Substance Abuse*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- McAlister, A., Perry, C. L., Killen, J., Slinkard, L. A. y Maccoby, N. (1980). Pilot study of smoking, alcohol, and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*, 70, 719-721.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R. y Phillips, M. (2001). *SHAHRP final report to the Western Australian Health Promotion Foundation*. Perth, Australia: National Drug Research Institute.
- McGrath, Y. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Méndez, F. y Gómez, A. (2001). Postural hygiene program to prevent low back pain. *Spine*, 26, 1280-1286.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1992). *Transversales: educación para la salud*. Madrid: Educación Sexual.
- Naimi, T., Lipscomb, L., Brewer, R. y Gilbert, B. (2003). Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: Implications for women and their children. *Pediatrics*, 111, 1136-1141.
- National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing drug use among children and adolescents*. www.drugabuse.gov/pdf/prevention.
- National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2004). *Preventing drug use among children and adolescents*. www.drugabuse.gov/pdf/prevention.
- Newcomb, M. D. y Félix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personal and Social Psychology*, 63 (2), 280-296.
- Notó, C. y Dolors, M. (2002). La relación de los centros de secundaria con las familias. *Aula de Innovación Educativa*, 108, 34-37.

- Paglia, A. y Room, R. (1998). *Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. research document núm. 142*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health.
- Paglia, A. (1998). *Tobacco risk communication strategy for youth: A literature review*. Health Canada.
- Paglia, A. y Room, R. (1998). *Preventing substance use problems among youth: Literature review and recommendations*. Addiction Research Foundation and Addiction.
- Pentz, M. (1998). Costs, benefits and cost effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En W. Bukoski y R. Evans (eds.), *Cost benefit/cost effectiveness research of drug abuse prevention: implications for programming and policy*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- PNSD (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Ministerio del Interior.
- Ribes, C. (2002). Dos contextos educativos: familias y profesionales. *Aula de Innovación Educativa*, 108, 24-28.
- Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29 (3), 251-278.
- Sharp, C. (1994). *Alcohol education for young people: A review of the literature from 1983-1992*. National Foundation for Education Research.
- Shepard, J. y Carlson (2003). An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in the Schools*, 40, 6.
- Shin, H. (2001). Review of school-based drug-prevention program evaluation in the 1990's. *American Journal of Health Education*, 32 (3), 139-147.
- Shope, J., Elliott, M., Raghunathan, T. y Waller, P. (2001). Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (3), 403-410.
- Skara, S. y Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451-474.
- Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. En *A cannabis reader: global issues and local experiences*, cap. 12.
- Soole, D., Mazerolle, L. y Romboutse, S. (2008). School-based drug prevention programs: a review of what works Australian and New Zealand. *Journal of Criminology*, agosto.
- Stead, M., Hastings, G. y Tudor-Smith, C. (1996). Preventing adolescents smoking: A review of options. *Health Educational Journal*, 55, 31-54.
- Stothard, B. y Ashton, M. (2000). Education's uncertain savior. *Drug and Alcohol Findings*, 3 (4-7), 16-20.
- Tapert, S. y Schweinsburg, A. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders. Recent developments in alcoholism. *Behavioral Science*.
- Tapert, S. y Brown, S. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 481-493.
- Tejero, A., Pérez de los Cobos, J., Bosch, R. y Siñol, N. (2003). Adicciones, lóbulo frontal y funciones ejecutivas: un análisis neuropsicológico del auto-control en las adicciones. *Conductas adictivas*, 3 (1), 43-44.
- Thomas, R. (2003). *School-based programmes for preventing smoking. (Cochrane review) in The Cochrane library, Issue 4*. Chichester, RU: John Wiley y Sons Ltd.
- Tobler, N. S. (1992). *Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: final report*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Tobler, N. S. y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128.
- Tobler, N., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. y Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programmes for marijuana use. *School Psychology International*, 20 (1), 105-137.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. y Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336.
- Vega, A. (2005). La tutoría ante el consumo problemático de drogas: apuntes para educar en la adoles-

- cencia. En *Conocimiento educativo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- White, D. y Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93, 1475-1487.
- White, D., Buckley, E. y Hassan, J. (2004). *Research Report No 514: Literature review on the role of external contributors in school drug, alcohol and tobacco education*. Londres: Department for Education and Skills.
- Williams, C., Perry, C., Farbakhsh, K. y Veblen-Mortenson, S. (1999). Project Northlands: Comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities'. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, 112-124.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention*. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf.
- Wynn, S., Schulenberg, J., Maggs, J. L. y Zucker, R. A. (2000). Preventing alcohol misuse: the impact of refusal skills and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 36-47.
- and Prevention, Office on Smoking and Health. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/bestprac-dwnld.htm.
- De la Cruz, E. y Rodríguez, M. (2012). *Publicidad, promoción y patrocinio (E)*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M9T6.
- Dobbins, M., DeCorby, K., Manske, S. y Goldblatt, E. (2008). Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Prev. Med.*, 46, 289-297.
- Encuesta Nacional de Salud de España* (2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
- Freedman, K. S., Nelson, N. M. y Feldman, L. L. (2012). Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998-2010: a systematic review. *Prev. Chronic. Dis.*, 9, E05.
- Gutiérrez, K. K. y Rodríguez, M. (2012). *Campañas (E)*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M9T5.
- Méndiz, A. y Rodríguez, M. (2012). *Tabaco, cine y televisión (E)*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M9T7.
- MMWR-CDC Report (2011). *Cigarette package warning labels and interest in quitting smoking: the global adult tobacco survey in 14 countries, 2008-2010*. Atlanta, GA: CDC.
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Informe 2009: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial (2000). *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf.
- Pérez, M. y Rodríguez, M. (2011). *Epidemiología del consumo actual del tabaco*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M1T4.
- Peruga, A. (2011). *El programa M-POWER y otras iniciativas de la OMS*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M8T7.

Bibliografía capítulo 13

- Ariza, C., García-Blanco, M. J. y Esteban, A. (2011). *Prevención del consumo en jóvenes y adolescentes*. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M8T3.
- Ariza, C. y Nebot, N. (2004a). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16 (52): 359-378.
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83 (6), 872-880.
- Campaign for Tobacco-Free Kids (2012). *Tobacco industry's youth prevention programs don't work*. Washington DC: National Campaign for Tobacco-Free Kids. http://tobaccofreekids.org/facts_issues/fact_sheets/industry/prevention/.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control

- Salvador, T. (2011). *El control del tabaco. MIT-Master Interuniversitario en Tabaquismo*. Universidad de Cantabria-Universidad de Sevilla. Tema M8T1.
- Schar, E. y Gutiérrez, K. (2001). *Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned*. US Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, and World Health Organization European Tobacco-Free Initiative. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf>.
- Skara, S. y Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev. Med.*, 37, 451-74.
- Thomas, R. y Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.
- US Department of Health and Human Services. (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the surgeon general*. GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.
- US Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the surgeon general*. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.
- Warner, K. E. (2000). The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. En B. D. Smedley y S. L. Syme (eds.), *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington DC: National Academics Press.
- WHO (2003). *Convenio Marco sobre el Control del Tabaco*. Ginebra: WHO.
- WHO (2011). *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services. A World Health Organization manual*. Ginebra: WHO.
- WHO (2011). *Directrices para la aplicación. Artículo 5.3, artículo 8, artículos 9 y 10, artículo 11, artículo 12, artículo 13, artículo 14*. Ginebra: WHO.
- WHO (2008). *MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: WHO.
- WHO (2011). *Smoke-free movies - From evidence to action*. Ginebra: WHO.
- WHO (2000). *Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents*. Ginebra: WHO.

Bibliografía capítulo 14

- Añón, M. J. (2008). ¿Igualdad *ma non troppo*? Una reflexión crítica sobre la reciente legislación española en materia de igualdad entre mujeres y hombres. *Sociologia del Diritto*, xxxv, 1, 77-106.
- Becona, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol. Actuar es posible*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat et al. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Madrid: Martínez Roca.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de España*. Madrid: Masson.
- García Usieto, E. (2004). *Manual SET de alcoholismo*. Panamericana.
- García, M.^a del M. (2004). Género y salud: un marco de análisis e intervención. *Diálogo filosófico*, 59, 212-228.
- Gavidia, V. y Rodes M.^a J. (1999). Las actitudes hacia la salud. *Alambique. Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 22, 87-96.
- Gavidia, V. y Gómez, J. (2011). *Guía de salud de los jóvenes musulmanes de la ciudad de Valencia*. Generalitat Valenciana: FEPAD.
- Gómez, J. (2005). *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Barcelona: Octaedro.
- González, M. E. (2009). El proceso de la enfermedad desde el enfoque de género. *Quaderns de Ciències Socials*, 13, 2.^a época. Facultat de Ciències Socials. Universitat de València.

- Gual A. (ed.) (2002). Monografía alcohol. *Adicciones*.
- Macià, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Maya, L. E. (2001). *Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida*. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación (Funlibre). Disponible en <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm> (consultado 20 de enero 2011).
- Meneses, C. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 261-275.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Primera Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid 14 y 15 de junio de 2007.
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Informe 2009*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pascual, F. (2000). *Tratado de alcoholología* (J. Cuevas). Valencia: Dupont Pharma.
- Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother. Theory Res. Pract.*, 19, 276-288.
- Rohlf, I., Borrell, C. y Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac. Sanit.*, 14 (supl. 3), 60-71.
- Romo, N. (2005). Repensar la diferencia. Género en la prevención de uso de drogas. *Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha*, 1, 29-34.
- Romo, N. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos adictivos*, 6 (4), 243-250.
- Romo, N., Gómez, J. y Meneses, C. (2010). *Proyecto Nacional de Investigación I+D. Riesgo y legalidad. Factores socioculturales que facilitan el uso de drogas entre las mujeres adolescentes*. Universidad de Granada.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) (2007). *Cómo actuar ante el consumo de alcohol. Guía de referencia para profesionales de atención primaria*.
- Al-Halabí, S., Errasti, J. y Fernández, J. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21, 39-48.
- Amengual, M. (2000). Enfoques preventivos del uso y abuso de cannabis y problemas asociados. *Adicciones*, 12 (2), 281-300.
- Amengual, M., Calafat, A. y Palmer, A. (1993). Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media, 1981-1988-1992. *Adicciones*, 5 (2), 141-161.
- Andrews, J., Hops, H., Ary, D., Tildesley, E. y Harris J. (1993). Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *J. Early Adolesc.*, 13, 285-310.
- Arias, F. y Ramos, J. A. (2008). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC).
- Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Curr. Opin. Psychiatry*, 15, 247-253.
- Bachs, L. y Morland, H. (2001). Acute cardiovascular fatalities following cannabis use. *Forensics Sci. Int.*, 12, 200-203.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bellis, M. A. y Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*, 15, 289-309.
- Bobes, J., Bascarán, M., González, M. y Saiz, P. (2000). Epidemiología del uso/abuso de cannabis. *Adicciones*, 12.
- Bolínches, F., De Vicente, P., Reig, M. J., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2003). Emociones, motivación y trastornos adictivos: un enfoque biopsicosocial. *Trastornos Adictivos*, 5, 335-345.
- Boros, C., Parsons, D., Zoanetti, G., Ketteridge, D. y Kennedy, D. (1996). Cannabis cookies: A cause of coma. *J. Pediatr. Child. Health*, 32, 194-195.
- Breyer, J. y Winters, K. (2005). *Adolescent brain development: implications for drug use prevention*. www.mentorfoundation.org/pdfs/prevention_perspectives/19.pdf.
- Brook, J., Brook, D., Gordon, A., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (2).

Bibliografía capítulo 15

- Agrawal, A. y Lynskey, M. (2006). The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Addiction*, 101, 801-12.

- Buddy, T. (2003). *Female drinking and brain damage*. En <http://alcoholism.about.com/cs/women/aa010219a.htm>.
- Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española de Drogodependencias*, 34 (4), 376-400.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G. y Borrás, M. (1989). Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (1), 9-28.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20 (1), 37-48.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones*, 12 (2), 231-273.
- Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., Van de Wijngaart, G., Sureda, P. et al. (1998). *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Cameron, L. y Williams, J. (2001). Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements. *The Economic Record*, 77 (236), 19-34.
- Castellana, M. y Lladó, M. (1999). Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, 118-130.
- Chabrol, H., Roura, C. y Armitage, J. (2003). Bongs, a method of using cannabis linked to dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 709.
- Chassing, L., Presson, C. C., Sherman, S. L., McLaughlin, L. y Giorgia, D. (1985). Psychosocial correlates of adolescent smokeless tobacco use. *Addictive Behaviors*, 10, 431-435.
- Coffey, C., Carlin, J., Lynskey, M., Li, N. y Patton, G. (2003). Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 330-336.
- Comas, R., Jiménez, A., Acero, A. y Carpallo, C. (2007). Variables psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes. *Rev. Esp. Drogodep.*, 32, 162-180.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Cunningham, J. (2000). Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 211-13.
- DGPNSD (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Duncan, S., Duncan, T. y Hops, H. (1998). Progressions of alcohol, cigarette and marijuana use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 375-388.
- EMCDDA (2009). *Evidence based information on universal prevention in non-school setting-an overview*. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence>.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., Van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G. y Galanti, M. (2010). The EU-Dap Study Group. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month followup of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.*, 108, 56-64.
- Farrelly, M., Davis, K., Duke, J. y Messeri, P. (2009). Sustaining «truth»: changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking campaign. *Health Education Research*, 24 (1), 42-48.
- Grinspoon, L. y Bakalar, J. (1997). Marihuana. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (eds.), *Substance abuse. A comprehensive textbook*, 3.^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C. y Ochoa, D. (2007). Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gaceta Sanitaria*, 19 (3), 1-9.
- Guxens, M., Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend.*, 88, 234-243.
- Haller, J., Varga, B., Ledent, C., Barna, I. y Freund, T. (2004). Context-dependent effects of CB1 cannabi-

- noid gene disruption on anxiety-like and social behaviour in mice. *European Journal of Neuroscience*, 19, 1906-1912.
- Henricson, C. y Roker, D. (2000). Support for the parents of adolescents: a review. *J. Adolesc.*, 23, 763-83.
- Hervas, J., Fiol, M., Vidal, C. y Masip, M. (1987). Intoxicación por ingestión de hachís en niños. *Med. Clin. (Barc)*, 88, 563.
- Hottois, G. (1991). *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Anthopos.
- Howell, W. (1998). The politic of pot. *The Journal of Addiction and Mental Health*, 1, 18.
- Ingold, R. y Toussirt, M. (1998). *Le cannabis en France*. París: Anthopos.
- Irigara, R., Villar, E. y Campins, M. A. (2009). Enfisema ampolloso en fumadora de marihuana y tabaco. *Arch. Bronconeumol.*, 45 (7), 356-360.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 28, 849-63.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kloep, M., Hendry, L., Ingebrigtsen, J., Glendinning, A. y Espness, G. (2001). Young people in «drinking» societies? Norwegian, Scottish and Swedish adolescents' perception of alcohol use. *Health Education Research*, 16, 279-291.
- Labrousse, A. y Romero, L. (2001). *Rapport sur la situation de Cannabis dans le Rif Marocain (Juin-août)*. OFDT, Rapports d'études. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epbxalhc.pdf>.
- López-Frías, M., Fernández, M., Planells, E., Miranda, M., Mataix, J. y Llopis, J. (2001). Alcohol consumption and school efficiency in Spanish secondary school students. *Journal Studies Alcohol*, 62, 741-744.
- Lorenzo, P. y Leza, J. (2000). Utilidad terapéutica del cannabis y derivados. *Adicciones*, 12 (2), 149-168.
- Luengo, A., Otero, J. M., Mirón, L. y Romero, E. (1992). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Xunta de Galicia: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M. y Hickman, M. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 363, 1579-1588.
- Mark, S. y Gold, M. (1991). *Marihuana*. Barcelona: Neurociencias.
- Martínez, J. L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Mathers, M., Toumbourou, J., Catalano, R., Williams, J. y Patton, G. (2006). Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction*, 101 (7), 948-958.
- McLiman, A. (2002). *Iniciativa euromediterránea de la Unión Europea: la respuesta de los países mediterráneos*. Barcelona, España: Fundación CIDOB.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. y Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95, 491-503.
- Mendiola, J. y Becoña, E. (2003). La aparición de las «Grow Shop & Smartshop» y los nuevos cambios en el consumo de drogas: un estudio en sus usuarios. *Adicciones*, 15 (3), 243-254.
- Moral, M. y Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu*, 15, 151-175.
- Moral, M., Sirvent, C. y Rodríguez, F. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6, 248-261.
- Morales, C., Bueno-Cañigral, F., Benavent, R. y Valderrama, J. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia. *Trastornos Adictivos*, 13 (4), 151-159.
- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A. y Sánchez, F. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, 22, 321-329.
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. Departamento de Salud y Servicios Huma-

- nos de Estados Unidos*. Washington: US Government Printing.
- National Institute on Drug Abuse (2009). *Abuso de marihuana en Estados Unidos. Serie de reportes de investigación*. Washington: US Government Printing.
- Navarro, V. (1979). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.
- Nebot, M., Giménez, E., Ariza, C. y Tomás, Z. (2006). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med. Clin. (Barc)*, 126, 159.
- Novacek, J., Raskin, R. y Hogan, R. (1991). Why do adolescents use drugs? Age, sex, and user differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (5), 475-492.
- OEDT (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people. Cuestión particular*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- OEDT (2010). *Informe anual 2010: el problema de la drogodependencia en Europa*, pp. 1-115. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Ogilvie, D., Gruer, L. y Haw, S. (2005). Young people's access to tobacco, alcohol, and other drugs. *British Medical Journal*, 331, 393-396.
- Olivar, A. y Carrero, V. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*, 9 (3), 184-205.
- Pérez, J., Díaz, S., Fernández, J., Villa, R., Carballo, J. y Rodríguez, O. (2008). Recruitment characteristics influencing parental participation in family-based drug-abuse prevention programs: the Spot and Redmond model in Spain. *Subst. Use Misuse*, 43, 850-857.
- Perkins, H. y Berkowitz, A. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: some research implications for campus alcohol education programming. *Int. J. Addict.*, 21 (9-10), 961-976.
- Plancherel, B., Bolognini, M., Stéphan, P., Laget, J., Chinet, L. y Bernard, M. (2005). Adolescents' beliefs about marijuana use: a comparison of regular users, past users and never/occasional users. *J. Drug Educ.*, 35, 131-146.
- PNSD (2009). *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.
- Prentice, D. y Miller, D. (1993). Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: Some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 243-256.
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12 (2).
- Ramström, J. (2004). *Adverse health consequences of cannabis use. A survey of scientific studies*. Published up to and including nacional national institute of public health Sweden. www.fhi.se.
- Robert, A., Torres, A., Tejero, A., Campo, C. y Pérez, J. (2006). Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, 8, 148-154.
- Saffer, H. y Chaloupka, F. (1998). *Demographic differentials in the demand for alcohol and illicit drugs*. NBER Working Papers 6432, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Sánchez, F., Ariza, C., Pérez, A., Diéguez, M., López, M. J. y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cannabis «xkpts.com» en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 3 (22), 217-226.
- Sanders, M. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addict. Behav.*, 25, 929-942.
- Sansone, J., Vidal, N., Albano, L., Talamoni, M. y Eugeni, L. (2001). Ingestión accidental de cigarrillos de marihuana y de tabaco. *Arch. Argent. Pediatr.*, 99, 131-134.
- Santolaya, F. (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Schwartz, R. (2002). Marijuana: a decade and a half later, still a crude drug with underappreciated toxicity. *Pediatrics*, 109, 284-289.
- Schwartz, R., Voth, E. y Sheridan, M. (1997). Marijuana to prevent nausea and vomiting in cancer patients: a survey of clinical oncologists. *Southern Medical Journal*, 90 (2).
- Segarra, R., Torres, A., Pociello, A., López, C. y Pé-

- rez, J. (2006). Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, 8 (3), 148-154.
- Semple, D., McIntosh, A. y Lawrie, S. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J. Psychopharmacol.*, 19, 187-194.
- Soldano, C. y Markell, G. (1997). Parent involvement in health concerns for youth: the issue of adolescent immunization. *J. Sch. Health*, 67, 292-293.
- Solé, J. (2004). El informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuestas de actuación. *Informaciones Psiquiátricas*, 178.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J., Degenhardt, L. y Patton, G. (2008). Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction*, 103, 1361-70.
- Tetrault, J., Crothers, K., Moore, B., Mehra, R., Concato, J. y Fiellin, D. (2007). Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch. Intern. Med.*, 167, 221.
- Van Etten, M. y Anthony, J. (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status. *J. Womens Health Gend. Based Med.*, 10, 797-804.
- Vega, W. y Gil, A. (2005). Research Report: Revisiting drug progression: long-range effects of early tobacco use. *Addiction*, 100 (9), 1358-1369.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. y Wittchen H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49-64.
- Wagenaar, A., Lenk, K. y Toomey, T. (2005). Policies to reduce underage drinking. A review of the recent literature. *Recent. Dev. Alcohol*, 17, 275-297.
- Wagner, F. y Anthony, J. (2002). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26, 479-488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. y Lokman, S. (2007). *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 «Je bent niet gek als je niet blowt»*. Utrecht: Trimbos Institute.
- Weil, A. (1990). Adverse reactions to marihuana. *N. Engl. J. Med.*, 282, 997-1000.
- Weinberg, D., Lande, A., Hilton, N. y Kerns, D. (1983). Intoxication from accidental marijuana ingestion. *Pediatrics*, 71, 848-849.
- Winlow, S. y Hall, S. (2005). *Violent night. Urban leisure and contemporary culture*. Oxford: Berg.

Bibliografía capítulo 16

- Amatller, O., Ambròs, M., Casas, E., Luna, M., Martínez Oro, D. y Sot, E. (2011). *8 equilibris. Pares y mares que consumeix en alcohol i altres drogues*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut.
- Arbex, C. y Comas, R. (2003). *Habla con ellos. Ayuda a tus hijos a no tener problemas con el alcohol*. Región de Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.
- Becoña, E. y Cortés Tomás, M. (2010). Programas de prevención de las adicciones a nivel escolar, familiar y laboral. En *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol y PNSD.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol y PNSD.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Bobes, J. y Casas, M. (2010). *Guía clínica para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina y naloxona*. Socidrogalcohol y PNSD.
- Ferrero Camacho, C. y Sánchez Granados, M. (2010). *Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención*. Cruz Roja Española.
- Gordon, H. W. y Glantz, M. D. (1996). *Individual differences in the biobehavioral etiology of drug abuse. NIDA Research Monograph Series. 159*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 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 (1), 64-105.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Dykinson.
- Martínez González, J. M. y Trujillo Mendoza, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Biblioteca Nueva.
- Nathan, P. E., Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (2002). *Tratamientos de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial.
- National Institute on Drug Abuse (1997a). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. NIDA. National Institutes for Health. NIH Publication No. 97-4212.
- National Institute on Drug Abuse (1997b). *Drug abuse prevention for AT-risk individuals. National Institute on Drug Abuse*. Rockville, MD: National Institutes for Health.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. y Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-531.
- NIAAA (2000). Review of NIAAA's neuroscience and behavioral research portfolio. *NIAAA Research Monograph*, 34, Bethesda.
- Nogal, M. del (2010). *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. Madrid: Desclée de Brower.
- Prevenir en Madrid (2010). *Programa escolar de prevención de drogodependencias y mejora del vínculo educativo en Educación Primaria. Guía práctica de aplicación*. Ayuntamiento de Madrid y Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense.
- Robles Lozano, L. y Martínez González, J. M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención*, 17, 58-70.
- Salvador Llivina, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- Avances en torno al comportamiento antisocial*, pp. 109-126. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Allison, P. y Furstenberg, F. (1989). How marital dissolution affects children: variations by age and sex. *Developmental Psychology*, 25, 540-549.
- Amato, P. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269-1287.
- Amato, P. (2010). Research on divorce: continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72, 650-666. DOI:10.1111/j.1741-3737.2010.00723.x.
- Amato, P. y Keith, B. (1991). Consequences of parental divorce for the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- American Academy of Pediatrics (2003). Family pediatrics: report of the task force on the family. *Pediatrics*, 111 (6), 1541-1571. DOI: 10.1542/peds.111.6.S1.1541.
- American Academy of Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic Stress. *Pediatrics*, 129, 232-246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Un programa de intervención con menores en riesgo por desestructuración familiar. En F. J. Rodríguez y C. Becedóniz (coord.), *El menor infractor. Posicionamientos y realidades*, pp. 264-279. Asturias: Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores, Gobierno de Asturias.
- Barber, B. y Demo, D. (2006). The kids are alright (at least, most of them): links between divorce and dissolution and child well-being. En E. M. Fine y J. Harvey (ed.), *Handbook of divorce and relationship dissolution*, pp. 289-312. New Jersey: LEA.
- Boyce, W. T., Chesney M., Alkon, A., Tschann, J. M., Adams, S. y Chesterman (1995). Psychobiologic reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: Results of two prospective studies. *Psychosomatic Medicine*, 57 (5), 411-422.
- Brezo, J., París, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zocolillo, M. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine*, 36, 191-202.

Bibliografía capítulo 17

- Abrunhosa, R. (2003). El papel de la familia en la explicación del comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia. En F. Fariña y R. Arce (eds.),

- Brown, D., Anda, R., Tiemeier, H., Felitti, V., Edwards, V., Malarcher, A., Croft, J. y Giles, W. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10 (20). DOI: 10.1186/1471-2458-10-20.
- Camara, K. y Resnick, G. (1989). Interparental conflict and cooperation: factors moderating children's post-divorce adjustment. En E. M. Hetherington y J. D. Arasteh (eds.), *Impact of divorce stepparenting and stepparenting on children*, pp. 169-195. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Castells, P. (2009). Información consultada el 12 de abril de 2012. En red <http://www.ideal.es/granada/20090606/sociedad/hijos-padres-separados-inician-20090606.html>.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffit, C., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Clark, J. y Barber, B. (1994). Adolescents in post-divorce and always-married families: self-esteem and perceptions of their father's interest. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 608-614.
- D'Onofrio, B. M., Turkheimer, E., Emery, R. E., Slutske, W. S., Heath, A. C., Madden, P. A. y Martin, N. G. (2006). A genetically informed study of the processes underlying the association between parental marital instability and offspring adjustment. *Development Psychology*, 42, 486-499.
- De Goede, M. y Spruijt, E. (1996). Effects of parental divorce and youth unemployment on adolescents health. *Patient Education and Counseling*, 29, 269-276.
- Doherty, W. y Needle, R. (1991). Psychological adjustment and substance use among adolescents before and after a parental divorce. *Child Development*, 62, 328-337.
- Emery, R. (1999). *Marriage, divorce and children's adjustment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fariña, F., Arce, R., Real, S., Seijo, D. y Novo, M. (2001). *Guía informativa. Ruptura de pareja, no de familia*. Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Relacións Laborais.
- Fariña, F., Arce, R., Vázquez, M.^a J., Novo, M. y Seijo, D. (2010). *Programa de desarrollo de la competencia social. Intervención con preadolescentes inmersos en procesos de separación y divorcio*. Santiago de Compostela: Nino.
- Fariña, F., Seijo D., Arce, R. y Novo, M. (2002). *Psicología jurídica de la familia: intervención en casos de separación y divorcio*. Barcelona: Cedecs.
- Fariña, F. y Arce, R. (2006). El papel del psicólogo en casos de separación y divorcio. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buella Casal (comps.), *Manual de psicología forense*, pp. 246-271. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Farrington, D. P. (1990). Implications of criminal career research for the prevention of offending. *Journal of Adolescence*, 13 (2), 93-113.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1994). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction*, 90, 935-946.
- Flewing, R. y Baumann, K. (1990). Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 171-181.
- Flinn, M. V. y England, B. G. (1997). Social economics of childhood glucocorticoid stress response and health. *American Journal of Physical Anthropology*, 102 (1), 33-53.
- Frost, A. y Pakiz, B. (1990). The effects of marital disruption on adolescents: Time as a dynamic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (4), 544-555. DOI: 10.1037/h0079200.
- Fuller-Thompson, E. y Dalton, A. D. (2011). Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: findings from a representative Canadian community survey. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 150-155. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.12.004.
- Ge, X., Natsuaki, M. y Conger, R. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18, 253-273.
- Guzmán, J. E., Barajas, R., Luce, E. Valadez, F. M. Gutiérrez, E. y Robles, M. (2008). Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria*, 40 (11), 543-548.
- Harper, C. y McLanahan, S. (1998). *Father Absence and young incarceration*. Comunicación presentada a la Annual Meeting of the American Sociological Association.
- Heim, C. y Nemeroff, C. B. (2001). The role of child-

- hood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49 (12), 1203-1039.
- Hetherington, M. y Kelly, J. (2005). *En lo bueno y en lo malo: la experiencia del divorcio*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, J. y Johnson, R. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (3), 633-645.
- Kinard, E. y Reinherz, H. (1984). Marital disruption: Effects on behavioral and emotional functioning in children. *Journal of Family Issues*, 5, 90-115.
- Krantz, D. S. y Manuck, S. D. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 435-464.
- Landsford, J., Malone, P., Castellino, D., Dodge, K., Pettit, G. y Bates, J. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing and grades for children who have and have not experienced their parent's divorce or separation. *Journal of Family Psychology*, 20, 292-301.
- Larson, D., Swyers, J. y Larson, S. (1995). *The costly consequences of divorce*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Lester, D. y Abe, K. (1993). The regional variation of divorce rates in Japan and the United States. *Journal of Divorce and Remarriage*, 18, 227-230.
- Lizardi, D., Thompson, R. G., Keyes, K. y Hasin, D. (2009). Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 899-904.
- Long, N., Forehand, R., Fauber, R. y Brody, G. (1987). Self-perceived and independently observed competence of young adolescents as a function of parental marital conflict and recent divorce. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 15-27.
- Martin, L. R., Friedman, H. S., Clark, K. M., y Tucker, J. S. (2005). Longevity following the experience of parental divorce. *Social Science and Medicine*, 61, 2177-2189.
- Maya, I., García, M. y Santolaya, F. J. (2007). *Estrategias de intervención psicosocial. Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- McCall, P. y Land, K. (1994). Trends in white male adolescent, young-adult and elderly suicide: are there common underlying structural factors? *Social Science Research*, 23, 57-81.
- McEwen, B. (2001). From molecules to mind. Stress individual differences, and the social environment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, 42-49.
- McLanahan, S. S. (1999). Father absence and the welfare of children. En E. M. Hetherington (ed.), *Coping with divorce, single parenting and remarriage. A risk and resiliency perspective*, pp. 117-146. New Jersey: LEA.
- Méndez, X., Inglés, C., Hidalgo, M., García-Fernández y Quiles, M. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6 (13).
- Novo, M., Seijo, D. y Souto, A. (2010). Influencia de la ruptura parental en el estado de salud mental de los hijos. En F. Expósito, M. Herrera, G. Buela y F. Fariña (coords.), *Psicología jurídica. Áreas de investigación*, pp. 349-359. Santiago de Compostela: Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. Xunta de Galicia.
- Nunes-Costa, R., Lamela, D. y Figueiredo, B. (2009). Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. *Jornal de Pediatria*, 85 (5), 385-396.
- Orgilés, M., Amorós, J. P., Espada, J. P. y Méndez, J. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20 (3), 383-388.
- Orgilés, M. y Samper, M. D. (2011). El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 25 (6), 490-494.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Schulte, R., De Kemp, R. y Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 284-291.
- Paena, M. (2008). Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria*, 40 (11), 543-548.
- Pineault, R. y Davelauy, C. (1989). *La planificación sanitaria*. Barcelona: Masson.
- Pons-Salvador, G. y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7 (3), 489-497.
- Rickel, A. y Langer, T. (1985). Short-term and long-term effects of marital disruption on children. *American Journal of Community Psychology*, 13, 599-661.

- Ringbäck, G., Hjern, A., Haglund, B. y Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- Ross, C. E. y Mirowsky, J. (1999). Parental divorce, life-course disruption, and adult depression. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 1034-1045.
- Sampson, R. (1992). Crime in cities: the effects of formal and informal social control. En M. Tonry y N. Morris (eds.), *Crime and justice*, pp. 271-301. Chicago: University of Chicago Press.
- Schwarz, J., Friedman, H., Tucker, J., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. y Criqui, M. (1995). Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *American Journal of Public Health*, 85, 1237-1245.
- Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S. y Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 19, 16-21.
- Seijo, D., Souto, A. y Arce R. (2009, sept.). *Separación y divorcio y su repercusión en la salud física y mental de los hijos*. Comunicación presentada al XI Congreso Galego-Portugués de Psicopedagogía, Braga, Portugal.
- Sigal, A., Sandler, I., Wolchik, S. y Braver, S. (2011). Do parent education programs promote healthy postdivorce parenting? Critical distinctions and a review of the evidence. *Family Court Review*, 49, 120-139.
- Singh, G. y Yu, S. (1996). US Childhood mortality 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *American Journal of Public Health*, 86, 505-512.
- Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs (1998). *To have and to hold*. En red http://www.fahcsia.gov.au/sa/families/pubs/family-have/Documents/to_have_to_hold_final.pdf.
- Sun, Y. y Li, Y. (2009). Parental divorce, sibship size, family resources, and children's academic performance. *Social Science Research*, 38, 622-634.
- Troxel, W. M. y Matthews, K. A. (2004). What are the cost of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 29-57.
- Wallerstein, J. y Kelly, I. (1980). *Surviving the breakup: how children and parents cope with divorce*. Nueva York: Basic Book.
- Waterickx, N., Gouwy, A. y Bracke, P. (2006). Parental divorce and depression: long term effects on adult children. *Journal of Divorce and Remarriage*, 45 (3/4), 43-68.
- Wodarski, J. y Harris, P. (1987). Adolescent suicide: a review of influences and the means for prevention. *Social Work*, 32, 477-484.

Bibliografía capítulo 18

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (eds.), *Action-control: from cognition to behavior*, pp. 11-39. Nueva York: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago, Ill: Dorsey Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barca Lozano, A., Otero López, J. M., Mirón Redondo, L. y Santórum, P. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25, 103-109.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-277.
- Beck, K. H., Thombs, D. L., Coleen, A. M. y Finger, K. M. (1995). Social context and sensation seeking. Gender differences in college student drinking motivations. *The International Journal of the Addictions*, 30 (9), 1101-1115.
- Becker, H. S. (1971). *Sociological work*. Londres: Allen Lane.
- Becoña, E. (1999). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas-Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bilbao, B. (dir.), Corcuera, N., Iraurgi, I. y González

- de Audikana, M. (2005). *V Plan de Drogo dependencias de la Comunidad Autónoma Vasca 2004-2008*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jauraltza.
- Bilbao, B., Corcuera, N., Iraurgi, I. y González de Audikana, M. (2006). La política de prevención selectiva en la Comunidad Autónoma de Euskadi. En *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., Griffiths, P., Stillwell, G. y Strang, J. (1999). What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 3.
- Burkhart, G. (2006). *La prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Lisboa, 2003. También en *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.
- Burkhart, G. (2010). *La prevención selectiva e indicada* (www.emcdda.europa.eu). Ponencia en las jornadas XXV Años de la Fundación Etorikintza. Drogo dependencias, una mirada integradora. Bilbao, 11-12 de febrero.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogo dependencias. En M. Casas (ed.), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Catalano, R. F., Kosterman, R. J., Hawkins, 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 (2), 429-455.
- Cloward, R. y Ohlin, L. (1960). *Delinquency and opportunity: a theory of delinquent gangs*. Chicago: Free Press.
- Cohen, A. K. (1955). *Delinquent boys: the culture of the gang*. Chicago: Free Press.
- Cohen, A. K. (1965). The sociology of the deviant act: anomie theory and beyond. *American Sociological Review*, 30, 1.
- Cohen, A. K. (1966). *Deviance and control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Comas, D. (2006). ¿Prevención selectiva o prevención secundaria de riesgos? En *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Publicaciones Deusto.
- Conger, J. J. (1956). Alcoholism: theory, problem and challenge. II reinforcement theory and dynamic of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 296-305.
- Elliot, D. S., Huizinga, D. y Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliot, D. S., Huizinga, D. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Elzo, J. (dir.) (1987). *Drogas y escuela III*. Donostia-San Sebastián: Publicaciones de la Escuela de Trabajo Social de San Sebastián.
- Elzo, J. (dir.) (1992). *Drogas y escuela IV*. Donostia-San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Elzo, J. (dir.) (1996). *Drogas y escuela V*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jauraltza.
- Elzo, J. (dir.) (2002). *Drogas y escuela VI*. Donostia-San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Elzo, J. y Laespada, T. (dir.) (2008). *Drogas y escuela VII*. Publicaciones Deusto.
- Elzo, J., Comas, D., Laespada, M. T., Salazar, L. y Vielva, I. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Vitoria-Gazteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Elzo, J., Elorza, M. A. y Laespada, M. T. (1994). *Alcoholismo juvenil. Reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad contrastada*. Bilbao: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogo dependencias.
- Ferrer Pérez, X. y Ayneto Rodríguez, X. (1991). *Nuevos métodos en la formación de padres y madres para la prevención del abuso de drogas*. Santa Cruz de Tenerife: XIX Jornadas Nacionales de Sociodrogo alcohol.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flay, B. R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- 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 la prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos, pp. 83-108. Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- García Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13 (10), 413-422.
- Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza (1990). *I Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca, 1990-1992*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza.
- Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza (1993). *II Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca 1993-1995*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza.
- Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza (1996). *III Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca 1996-1998*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza.
- Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza (2000). *IV Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca 2000-2002*. Vitoria-Gazteiz: Gobierno Vasco-Eusko Jaurialitza.
- Gómez Reino, I., Ferreiro, M. D., Domínguez, M. D. y Rodríguez, A. (1995). Consumo de alcohol en adolescentes: relación con los niveles de adaptación social y familiar. *Psiquis*, 16 (4), 129.
- González de Audikana, M. (2002). Observaciones realizadas en estos veinte años en torno al consumo de drogas entre los adolescentes y los jóvenes. En *Drogas y Escuela VI*. Donostia-San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- González de Audikana, M., Castaignède, J., Dendaluce, I. y Larrañaga, P. (1995). Representaciones sociales de los jóvenes sobre la criminalidad. Investigación transfronteriza. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 5. Madrid: Instituto Vasco de Criminología IVAC-IKREI, Facultad de Derecho, UPV-EHU.
- González de Audikana, M. (2008). *Siete claves para entender lo que ha pasado en estos 25 años con el consumo de drogas entre nuestros escolares*, artículo publicado en *Drogas y Escuela VII*. Publicaciones Deusto.
- 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.
- Itza, L. y González de Audikana, M. (1996). *Aspectos sociográficos y socioculturales de la juventud*. El consumo de drogas ilegales, artículo publicado en *Drogas y Escuela V*. Bilbao: Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
- Jessor, R., Carman, R. S. y Grossman, P. H. (1969). Expectations of need satisfaction and drinking patterns of college students. *J. Stud. Alcohol*, 29, 101-116.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*. Nueva York. En D. Krauskopf (1995). *Adolescencia y educación* (1.ª reimp. de la 2.ª ed. corr. y aum.). San José: EUNED.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21.
- 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. Battjes (eds.), *Etiology of drug abuse: implications for prevention*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 289-315.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S. y Robins, C. (1982). Application of a general theory of devian behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S. y Robins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- 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*, 292, 345-377.
- Koob, C. B. (1993). Neurobiological mechanisms in cocaine and opiate dependence. En C. P. O'Brien y J. H. Jaffe (eds.), *Addictive states*. Nueva York: Raven Press.
- Kumpfer, K. L. y Turner, C. W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse:

- implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 435-463.
- Kumpfer, K. (1987). Special populations: etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. En B. Brown y A. Mills (eds.), *Youth at high risk for substance abuse*. DHHS Pub. N.º (ADM) 87-1537. Washington DC: Supt. Of Docs. U.S. Govt. Print. Off.
- Laespada, M. T., Iraurgi, I. y Arostegi, E. (2004). *Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Deusto, Vitoria: Instituto Deusto de Drogodependencias y Observatorio Vasco de Drogodependencias.
- Laespada, T., Fernández, A., Iraurgi, I. y González de Audikana, M. (2008). *Evaluación del V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca, 2004/2005/2006/2007. Datos cuantitativos de proceso y alcance*. Para la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaitza sin publicar, pero accesible a través de la página web de la Dirección de Drogodependencias del GV-EJ. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Lavoubie, E. (1996). Maturing out of substance use: selection and self-corrections. *Journal of Drug Issues*, 26.
- Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problems and social control*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*. Madrid: Ministerios de Educación y Cultura, Sanidad y Consumo e Interior y Universidad de Santiago de Compostela.
- Marcos, A. C. y Bahr, S. J. (1995). Drug progression model. A social control test. *International Journal of Addictions*, 30, 1383-1405.
- Martínez, A. (2001). Familia y consumo de drogas desde el modelo circunplejo de evaluación familiar. En I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón (eds.), *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias*, p. 11. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Matza, D. (1964). *Delinquency and drift*. Nueva York: Wiley.
- Matza, D. y Sykes, G. (1961). Juvenile delinquency and subterranean values. *American Sociological Review*, 26.
- McCown, W. y Desimone, P. A. (1993). Impulses, impulsivity, and impulsive behaviors: a historical review of contemporary issue. En W. McCown, J. L. Johnson y M. B. Shure (eds.), *The impulsive client. Theory, research, and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Mead, G. H. (1918). The psychology of punitive justice. *American Journal of Sociology*, 23.
- Merton, R. K. (1966). *Anomia y conducta desviada*. Buenos Aires: Paidós.
- Moncada, S. (1998). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas-Ministerio del Interior.
- Oñate, P. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías: criterios básicos. *Comunidad y Drogas*, 3, 83-89.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1987). Peer clusters theory, socialization characteristics and adolescent drug use: a path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205-213.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1986a). Clarification of peer cluster theory: a response to Peele, Cohen and Shaffer. *Journal of Counseling and Development*, 65, 29-30.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1986b). Peer cluster theory: drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*, 65, 17-22.
- Petratis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Park y Burgess (1930). *Source book for social origins*. Universidad de Chicago, circa.
- Pons Díez, J. y Berjano Peirats, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Roberts, A. J. y Koob, C. B. (1997). The neurobiology of addiction. *Alcohol Health and Research World*, 21.
- Romero, E. (1996). *La prevención de la conducta antisocial: un análisis de las variables de personalidad*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.

- SIIS-Centro de Documentación y Estudios (en prensa). *Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2009*. Gobierno Vasco-Eusko Jauralitzia.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2009). *Euskadi y Drogas 2008*. Gobierno Vasco-Eusko Jauralitzia.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Withbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Sistema Preventivo y Diritti Umani (2009). *Actas del Congreso Internacional. Sistema Preventio y Derechos Humanos*. Roma: Direzione General Opera Don Bosco.
- Smith, M. J. y Scott, R. D. (1993). Reasons for drinking alcohol: their relationship to psychological variables and alcohol consumption. *The International Journal of the Addictions*, 28 (9), 881-908.
- Subirats, J. y Gomá, R. (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social (documento www).
- Sutherland, E. y Cressey, D. R. (1966). *Principles of criminology*, 1.^a ed. de 1939. Filadelfia: J. P. Lippincott.
- Swaim, R. C. (1991). Childhood risk factors and adolescent drug and alcohol abuse. *Educational Psychology Review*, 3, 363-398.
- Taylor, I., Walton, P. y Young, J. (1975). *La nueva criminología*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vallés Lorente, A. (1996). *Padres, hijos y drogas. Una estrategia de intervención psicológica para la prevención de las drogodependencias*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.
- Vielva, I. y Elzo, J. (2000). Drogas ilegales. En J. Elzo e I. Vielva, *Las drogas de síntesis en Bizkaia: un estudio exploratorio de las pautas de consumo*. Vitoria-Gazteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Vielva, I. (2001). La disciplina y las prácticas educativas. En I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón (eds.), *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias*, p. 11. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Werch, C. E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education*, 25.
- Wood, P., Cochran, J. K., Pfefferbaum, B. y Arneklev, B. J. (1995). Sensation seeking and delinquent substance use: an extension of learning theory. *The Journal of Drug Issues*, 25 (1), 173-193.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74.
- Zarraga, J. L. (1985). *Informe juventud en España*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bibliografía capítulo 19

- Altman, D. G., Machin, D., Bryant, T. N. y Gardner, M. J. (2000). *Statistics with confidence*, 2.^a ed. Bristol: BMJ.
- Austin, S. B. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol. Med.*, 30, 1249-1262.
- Austin, S. B., Kim, J., Wiecha, J., Troped, P. J., Feldman, H. A. y Peterson, K. E. (2007). School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 161 (9), 865-869.
- Becker, A. E., Franko, D. L., Nussbaum, K. y Herzog, D. B. (2004). Secondary prevention for eating disorders: the impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *Int. J. Eat Disord.*, 36, 157-162.
- Becker, C. B., Smith, L. y Ciao, A. C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: a randomized trial. *Behaviour Therapy*, 36, 245-254.
- Becker, C. B., Ciao, A. C. y Smith, L. (2008). Moving from efficacy to effectiveness in eating disorders prevention: the sorority body image program. *Cognitive and Behavioural Practice*, 15, 18-27.
- Becker, C. B., Bull, S., Schaumberg, K., Cauble, A. y Franco, A. (2008). Effectiveness of peer-led eating

- disorders prevention: a replication trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 76 (2), 347-354.
- Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Bris, C. y Strauss, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to broader dissemination. *Eur. Eat Disord. Rev.*, 16 (3), 173-183.
- Borresen, R. y Rosenvinge, J. H. (2003). From prevention to health promotion. En J. Treasure, U. Schmidt y E. Van Furth, *Handbook of eating disorders*, 2.^a ed., pp. 435-453.
- Calado, M. (2011). *Liberarse de las apariencias. Género e imagen corporal*. Madrid: Pirámide.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The «eating attitudes test»: validation of the Spanish version. *Psychol Assess*, 7 (2), 175-190.
- Cororve, M., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating Disorders*, 14, 191-213.
- Cuijpers, P. (2003). Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1385-1391.
- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G. y Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int. J. Eat Disord.*, 38 (1), 73-77.
- Fairburn, C. G. (1995). The prevention of eating disorders. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*, pp. 289-293. Nueva York: The Guilford Press.
- Gervás, J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac. Sanit.*, 20 (supl. 1), 127-134.
- Gimeno, J. C. (2011). Los farmacéuticos promueven una alimentación saludable en los colegios. En L. de Torres y J. A. Gabelas (eds.), *Psiconutrición del menor. Nutrición, psicopedagogía y pantallas sanas*, pp. 129-133. Zaragoza.
- Gómez, J. A., Gaite, L., Gómez, E., Carral, L., Herro, S. y Vázquez-Barquero, J. L. (2009). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. Santander: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Graber, J. A., Archibald, A. B. y Brooks-Gunn, J. (1999). The role of parents in the emergence, maintenance, and prevention of eating problems and disorders. En N. Piran, M. P. Levine y C. Steiner-Adair (eds.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*, pp. 44-62. Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM núm. 2006/05-01.
- Hernández, M., Catellet, J., Narvalza, J. L., Rincón, J. M., Ruiz, I., Sánchez, E., Sobradillo, B. y Zurimendi, A. (1988). *Curvas y tablas de crecimiento*. Bilbao: Instituto de Investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación F. Orbeagozo, Garsi Editorial.
- Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M. y Conde, V. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 36 (2), 75-81.
- Jorquera, M. (2008). *Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Servicio de Publicaciones. Universitat de Valencia. ISBN: 978-84-370-7435-1, CD-Rom.
- Larzelere, R. E., Jun, B. R. y Johnson, B. (2004). The intervention selection bias: an underrecognized confound in intervention research. *Psychol. Bull.*, 130 (2), 289-303.
- Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders. Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lindez, P. (1996). Prevenir la anorexia y la bulimia. *Revista de Treball Social*, 143, 90-94.
- López, J. M. y Sallés, N. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Valencia: Nau Llibres.
- López Guimerá, G. y Sánchez Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Manwaring, J. L., Bryson, S. W., Goldschmidt, A. B., Winzelberg, A. J., Luce, K. H., Cunning, D., Wil-

- fley, D. E. y Taylor, C. B. (2008). Do adherence variables predict outcome in an online program for the prevention of eating disorders? *J. Consult. Clin. Psychol.*, 76 (2), 341-346.
- McVey, G. y Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: a 1-year follow-up assessment. *J. Early Adolesc.*, 22, 96-108.
- Mental Health Europe (2001). *Directory of Projects in Europe. Mental health promotion of adolescents and young people*. Bruselas: Mental Health Europe.
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de hoy.
- Paxton, S. (2012). Modifiable risk factors that can be translated into prevention or resilience. En J. Alexander y J. Treasure (eds.), *A Collaborative approach to eating disorders*, pp. 62-71. Nueva York: Routledge.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom.*, 71/72, 33-41.
- Pérez, M. (2004). *Trastornos de la alimentación. Claves para identificarlos y prevenirlos*. Málaga: Arguval.
- Power, T. J., Du Paul, G. J., Shapiro, E. S. y Kazak, A. E. (2003). *Promoting children's health. Integrating school, family and community*. Nueva York: The Guilford Press.
- Pratt, B. M. y Woolfenden, S. R. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2), CD 002891.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Sánchez Carracedo, D., López Guimerà, G., Portell, M. y Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *C. Med. Psicosom.*, 81, 47-71.
- Raich, R. M., Sánchez Carracedo, D. y López Guimerà, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria*, 2.^a ed. Barcelona: Graó.
- Rojo, L., Hernández, R., Ruiz, E., Cavá, G. y Livianos, L. (2003). *Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Rojo, L., Ruiz, E., Hernández, R. y Vila, M. (2003). *Guía práctica de Project DITCA CV: 2003-2004*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Rodríguez, M. G., Estada, M. D., Turón, V. y Benítez, D. (en nombre del grupo elaborador de la guía Agencia de d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques [AATRM] de Cataluña) (2009). Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Psiquiatria.com*, 13 (2).
- Ruiz-Lázaro, P. M. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An. Esp. Pediatr.*, 49 (4), 435-436.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza*. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2002a). *Bulimia y anorexia. Guía para familias*. Zaragoza: Certeza.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2002b). Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En M. Elósegui, M. T. González Cortés y C. Gaudó (eds.), *El rostro de la violencia*, pp. 145-181. Barcelona: Icaria Editorial.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003a). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp. Psiquiatría*, 31 (2), 85-94.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003b). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales de Psiquiatría*, 19 (3), 90.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2005). Programas de prevención y trastornos de la conducta alimentaria. *La Báscula*, 3, 22-26.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2011). Nativos, pantallas y trastornos de conducta, alimentarios: aprendizaje y lenguaje. En L. De Torres y J. A. Gabelas (eds.), *Psiconutrición del menor. Nutrición, psicopedagogía y pantallas sanas*. pp. 51-62. Zaragoza.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2012). *Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia*, 3.^a ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbadá.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38 (4), 204-211.

- Ruiz-Lázaro, P. J. y Ruiz-Lázaro, P. M. (1998). Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria*, 21 (5), 326-330.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Alonso, J. P., Comet, P., Lobo, A. y Velilla, M. (2005). Epidemiology of eating disorders in Spain. En P. I. Swain (ed.), *Trends in Eating Disorders Research*, pp. 85-108. Nueva York: Nova Publishers.
- Ruiz-Lázaro, P. M. y Comet, P. (2003). Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. Intervención comunitaria en la adolescencia. *Red de Salud*, 6, 32-34.
- Ruiz, P. M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv.*, 1, 18-31.
- Ruiz, P. M., Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo, A. I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv.*, 3, 148-162.
- Ruiz, P. M., Velilla, M., Corral, C., González, S. y Seva, A. (1996). *Prevention of eating disorders in a private school*. X World Congress of Psychiatry. Madrid.
- San Sebastián, F. J. (2006). Prevención de la bulimia. En F. J. Vaz (ed.), *Bulimia nerviosa. Perspectivas clínicas actuales*, pp. 143-152. Madrid: Ergon.
- Seif-El Din, A. (2004). Prevention and intervention in school settings. En H. Remschmidt, M. L. Belfer e I. Goodyer (eds.), *Facilitating pathways. care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*, pp. 326-334. Berlín: Springer-Verlag.
- Shaw, H., Stice, E. y Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 18 (1), 199-207.
- Solano Pinto, N., Oliveros Leal, I., Moreno Villares, J. M. y Grupo del Proyecto SALUT (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: «Educando en salud: así soy yo, así son ell@s». *Anales de Psiquiatría*, 20 (3), 97.
- Stewart, A. (2004). Prevention of eating disorders. En K. N. Dwivedi y P. B. Harper (eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health. A handbook*, pp. 171-197. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Stice, E. y Hoffman, E. (2004). Eating disorder prevention programs. En J. K. Thompson (ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Stice, E. y Presnell, K. (2007). *The body project. Promoting body acceptance and preventing eating disorders. Facilitator guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.*, 130 (2), 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E. y Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 74 (2), 263-275.
- Stice, E., Marti, N., Shaw, H. y O'Neil, K. (2008). General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *Int. J. Eat Disord.*, 41 (7), 611-617.
- Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 207-231.
- Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (1998). *The prevention of eating disorders*. Londres: The Athlone Press.
- Vázquez Barquero, J. L., Gaite, J., Artal, J., Arenal, A., Herrera, S., Díez, J. F., Cuesta, M. J. e Higuera, A. (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica «Sistema SCAN» («Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría»). *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 22 (3), 109-120.
- Villena, J. (2001). Detección y prevención escolar de los trastornos de la conducta alimentaria. En C. Saldaña (ed.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*, pp. 125-146. Madrid: Pirámide.
- Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Strauss, B. y Berger, U. (2011). Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev. Med.*, 52 (2), 152-158.

Bibliografía capítulo 20

- Alvira, F. (2000). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- AA. VV. (2008). *Informe Juventud en España 2008*. Madrid: INJUVE.

- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2002). *Fundamentos científicos de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Busseri, M. A. y Rose-Krasnor, L. (2010). Addressing three common issues in research on youth activities: An integrative approach for operationalizing and analyzing involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 585-615.
- Caldwell, L. L., Baldwin, C. K., Walls, T. y Smith, E. A. (2004). Preliminary effects of a leisure education program to promote healthy use of free time among middle school adolescents. *Journal of Leisure Research*, 36, 310-335.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: utopía y realidad*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-132.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., Derubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K., Pope, K., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. y Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Compas, B. E., Haaga, D. A. F., Keefe, F. J., Leitenberg, H. y Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 89-112.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez Costa, A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.
- CSAP (Center for Substance Abuse Prevention) (1997). *CSAP Technical Report 13: Review of alternative activities*. Disponible en: <http://www.dmhas.state.ct.us/sig/pdf/CSAPTechReport13.pdf>.
- Cuenca, M. (1999). *Ocio y formación*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social-DGPNSD.
- De Miguel, A. (2000). *Dos generaciones de jóvenes 1960-1998*. Madrid: INJUVE.
- Echeberrúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud (International Journal of Clinical and Health Psychology)*, 1, 181-204.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 581-602.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. y Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3 (2), 61-81.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Funes, M. J. (2008). Cultura, política y sociedad. En López Blasco et al., *Informe Juventud en España 2008*. Madrid: INJUVE. Disponible en: <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=1448195837>.
- Glover, T. D. (2003). Regulating the rave scene: exploring policy alternatives of government. *Leisure Science*, 25, 307-326.
- Hamilton, K. E. y Dobson, K. S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud (International Journal of Clinical and Health Psychology)*, 1, 35-51.

- Hutchinson, S. (2011). Leisure education: a new goal for an old idea whose time has come. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 19, 127-139.
- Infante, C., Barrio, G. y Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15 (supl. 2), 77-96.
- INJUVE (2007). *Uso de TIC, ocio y tiempo libre*. Disponible en: <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=1831620329>.
- 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.
- Kelly, J. R. y Freysinger, V. J. (2000). *21th century leisure: current issues*. Needham Heights: Pearson Education Company.
- Kleiber, D. A. (1999). *Leisure experiences and human development: a dialectical interpretation*. Nueva York: Basic Books.
- Laespada, M. T. (2003). Consumo de drogas entre escolares donostiarras: un estudio longitudinal durante 21 años. *Revista Española de Drogodependencias*, 28 (1-2), 24-47.
- Lindsay, G. B. y Rainey, J. (1997). Psychosocial and pharmacologic explanations of nicotine's «gateway drug» function. *Journal of School Health*, 67, 123-126.
- Lo, C. D. (2000). The impact of first drinking and differential association on collegiate drinking. *Sociological Focus*, 33, 265-280.
- Lock, J. (1997). Associating leisure with drinking: current research and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 16, 69-76.
- Luengo, M. A., Otero L. J. M., Romero, E. y Gómez F. J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (86), 683-708.
- Martín, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15, 327-346.
- Megías, E. y Elzo, J. (2006). *Jóvenes, valores y drogas*. Madrid: FAD.
- Mendoza, R., López Pérez, P. y Sagera, M. R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19, 273-288.
- Ministerio de Sanidad y Política Social y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/2008*. Madrid: Autor.
- Moral Jiménez, M. V. (2002). *Jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas e identidad. Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria*. Tesis doctoral no publicada. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Moral Jiménez, M. V., Rodríguez Díaz, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias intergénero y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-120.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 63-84.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Observatorio Español sobre Drogas. Informe número 7*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20, 75-94.
- Rodríguez Suárez, J., Agulló, E. y Agulló, M. S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15, 7-33.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-55.
- Sánchez Hervás, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones*, 18 (3), 259-264.
- Sánchez-Queija, I., Moreno, M. C., Muñoz, M. V. y Pérez, P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 25 (3), 305-324.
- Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported

- psychological treatments are important. *Behavior Modification*, 27, 290-299.
- Schaps, E., Bartolo, R. D., Moskowitz, J., Palley, C. S. y Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 11, 17-43.
- Sharp, E., Coffman, D. L., Caldwell, L., Smith, E. A., Wegner, L., Vergnani, T. y Mathews, C. (2011). Predicting substance use behavior among South African adolescents: the role of leisure experiences across time. *International Journal of Behavioral Development*, 35 (4), 343-351.
- Shinew, K. J. y Parry, D. C. (2005). Examining college students' participation in two popular leisure pursuits, drinking and illegal drug use. *Journal of Leisure Research*, 37 (3), 364-386.
- Thorlindsson, T. y Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: examining the direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, 41, 321-339.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streke, A. y Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336.
- Trainor, S., Delfabbro, P., Anderson, S. y Winefield, A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence*, 33, 173-186.
- Woody, S. R. y Sanderson, W. C. (1998). Manuals for empirically supported treatments: 1998 update from the task force on psychological interventions. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 17-21.
- WLRA (1993). International Charter for Leisure Education. *ELRA*, verano 1994, 13-16.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Labrador, F. J. y González, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 2 (22), 180-188.
- Labrador, F. J., Requesens, A. y Helguera, M. (2012). *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, videojuegos y móviles*. Obra social Caja Madrid, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y Fundación Gaudium.
- Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2005). La adicción al trabajo. *Psicología Conductual*, 3 (13), 417-428.
- Remor, E. (2005). Dependencia («adicción») del ejercicio físico: ¿hecho o ficción? *Psicología Conductual*, 3 (13), 395-404.
- Rodríguez, R. (2005). Adicción a la compra: apuntes sobre el estado actual del conocimiento, la evaluación y las estrategias de intervención. *Psicología Conductual*, 3 (13), 429-443.
- Salanova, M., Del Libano, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. (2006). Adicción al trabajo: concepto y evaluación. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 27, 24-30.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: moda o trastorno? *Adicciones*, 20 (2), 149-160.
- Sánchez, S. e Iruarizaga, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en Internet. *Intervención Psicosocial*, 3 (18), 255-268.
- Tejeiro, R. (2001). La adicción a los videojuegos. Una revisión. *Adicciones*, 13 (4), 407-413.

Bibliografía capítulo 21

- Becoña, E. (2001). Juego problema y juego de riesgo en adolescentes. *Adicciones*, 13, 279-288.
- Cáceres Carrasco, J. (2005). La adicción al sexo. *Psicología Conductual*, 3 (13), 405-416.
- Castañeda, E. (2010). Adicción al trabajo (*workaholicism*). Patología psicosocial del siglo XXI. *Salud del trabajo (Maracay)*, 18 (1), 57-66.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 4 (20), 321-326.

Bibliografía capítulo 22

- Abrams, D., Vizoso, H., Shade, S., Jay, C., Kelly, M. y Benowitz, N. (2007). Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clinical Psychopharmacology & Therapeutics*, 82, 572-578.
- Allott, K. y Redman, J. (2006). Patterns of use and harm reduction practices of ecstasy users in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 82 (2), 168-176.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A. et al. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence

- to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1988). *The new public health*. Milton Keynes: Open University Press.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford: Oxford University Press.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. et al. (2006). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 16 (2), 198-202.
- Bauwens, J. E., Orlander, H., Gomez, M. P. et al. (2002). Epidemic lymphogranuloma venereum Turing epidemics of crack cocaine use and HIV infection in the Bahamas. *Sexually Transmitted Diseases* 29, 253-259.
- Bayanzadeh, S. (2004). *A study of the effectiveness of psychopharmacological intervention in reducing harmful high risk behaviours among substance user prisoners*.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berduñas, J., Ioseba, I., Llorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. y Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Sociodrogalcohol.
- Bellis, D. J. (1981). *Heroin and politicians: the failure of public policy to control addiction in America*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Benninghoff, F. y Dubois-Arber, F. (2002). *Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus BIEL/BIENNE 2001*. Lausana: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Benninghoff, F., Geense, R. y Dubois-Arber, F. (2001). *Résultats de l'étude «La clientèle des structures à bas seuil d'accessibilité en Suisse»*. Lausana: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T. y Dubois-Arber, F. (2003). *Évaluation de Quai 9 «Espace d'accueil et d'injection» à Genève: période 12/2001-12/2000. Raisons de santé 103*. Lausana: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Berghuis, J. P., Swift, W., Roffman, R., Stephens, R. y Copeland, J. (2006). The teen cannabis check-up: exploring strategies for reaching young cannabis users. En R. A. Roffman y R. S. Stephens (eds.), *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*, pp. 275-292. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Best, D., Man, L. H., Zador, D. et al. (2000). Overdosing on opiates: part II - prevention. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 4-18.
- Boguña, J. (1997). Methadone maintenance programmes. En O. O'Brien (ed.), *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, pp. 68-70. Londres: Cranstoun Drug Services.
- Boyd, S., Johnson, J. L. y Moffat, B. (2008). Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduction Journal*, 5, 34.
- Bravo, M. J., Royuela, L., De la Fuente, L. et al. (2009). Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*, 104 (4), 6124-6129.
- Breland, A. B., Evans, S. E., Buchhalter, A. R. y Eisenberg, T. (2002). Acute effects of advance TM: a potential reduced exposure product for smokers. *Tobacco Control*, 11, 376-378.
- Breland, A. B., Kleykamp, B. A. y Eissenberg, T. (2006). Clinical laboratory evaluation of potential reduced exposure products for smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 727-738.
- Broadhead, R. S., Altice, F. L., Kerr, T. H. y Grund, J. P. C. (2002). Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 32 (7), 327-354.
- Buning, E. C., Van Brussel, G. H. y Van Santen, G. (1990). The «methadone by bus» project in Amsterdam. *British Journal of Addiction*, 85, 1247-1250.
- Caplehorn, J., Dalton, M. S., Haldar, F., Petrenas, A. M. y Nisbet, J. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use and Misuse*, 31 (2), 177-196.
- CCSA (1996). *Harm Reduction: Concepts and practice: a policy discussion paper*. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). National Working Group on Policy. En <http://www.ccsa.ca/plwebcgi/fastweb.exe?getdoc+view1+General+507+6++harm%20reduction%20defined>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (RR11), 1-67.
- Chamot, E., De Saussure, P., Hirschel, B., Deglon, J. y

- Perrin, L. (1992). Incidence of hepatitis C, hepatitis B and HIV infections among drug users in a methadone-maintenance programme. *AIDS*, 6 (4), 430-431.
- Collins, C. L., Kerr, T. y Tyndall, M. (2005). Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 344-347.
- Corneil, T. A., Kuyper L. M., Shoveller, J. et al. (2006). Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV among injection drug users. *Health Place*, 12, 79-85.
- Coyle, S. L., Needle, R. H. y Normand, J. (1998). Outreach based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. En R. H. Needle, S. Coyle y H. Cesari (eds.), *HIV prevention with drug using populations: current status and future prospects*. *Public Health Reports*, 113 (supl. 1), 19-30.
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V. et al. (2009). Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiology and Infection*, 137 (9), 1255-1265.
- Crofts, N., Nigro, L., Oman, K., Stevenson, E. y Sherman, J. (1997). Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction*, 92 (8), 999-1005.
- Darke, S. y Hall, W. (2003). Heroin overdose: research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health*, 80 (2), 189-200.
- Davoli, M., Simon, R. y Griffiths, P. (2010). Current and future perspectives on harm reduction on the European Union. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Decorte, T. (2001). *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*. Bruselas: VUB University Press.
- Degenhardt, L., Hall, W. y Warner-Smith, M. (2006). Using cohort studies to estimate mortality among injecting drug users that is not attributable to AIDS. *Sexually Transmitted Infections*, 82, 56-63.
- Degenhardt, L., Hall, W. D. y Lynskey, M. T. (2001). The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 219-227.
- Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. y Warner-Smith, M. (2004). Illicit drug use. En M. Ezzati, A. López, A. Rodgers y C. Murray (eds.), *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra: World Health Organization.
- Derzon, J. H. y Lipsey, M. W. (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes and behaviour. En W. D. Crano y M. Burgoon (eds.), *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Matwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M. et al. (2003b). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, 72 (1), 59-65.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. et al. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100 (6), 820-828.
- Dolan, K., Hall, W. y Wodak, A. (1996). Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal*, 312, 1162.
- Dolan, K., Rutter, S. y Wodak, A. D. (2003a). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98 (2), 153-158.
- Dolan, K., Wodak, A. y Hall, W. (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), 153-158.
- Dubois-Arber, F., Balthasar, H., Huissoud, T. et al. (2008b). Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. *Eurosurveillance*, 13 (21), 22 de mayo.
- Dubois-Arber, F., Benninghoff, F. y Jeannin, A. (2008a). Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *European Addiction Research*, 14, 1-10.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A. y Spencer, B. (1999). *Evaluation of the AIDS prevention strategy in Switzerland (6th synthesis report 1996-1998)*. Lausana:

- Institut universitaire de médecine sociale e préventive. En <http://www.ihra.net/index.php?option=articles&Itemid=3&topid=0&Itemid=3#>.
- Erickson, P. (1980). *Cannabis criminals: the social effects of punishment on drug users*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Erickson, P. (1999). Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Substance Use and Misuse*, 34 (1), 1-7.
- ETSC (European Transport Safety Council) (2008). *Drink driving fact sheet*. Available at www.etsc.eu/documents/Fact_Sheet_DD.pdf.
- Expert Advisory Committee on Supervised Injection Site Research (2008). *Vancouver's insite service and other supervised injection sites: what has been learned from the research? Final report, 31 March 2008*. Ottawa, Ontario: Health Canada.
- Fagerström, K. y Jiménez Ruiz, C. (2008). Pharmacological treatments for tobacco dependence. *European Respiratory Review*, 17, 192-198.
- Faruque, S., Edlin, B. R., McCoy, C. B. et al. (1996). Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13, 87-92.
- Fernández, J. J. y Torrens, M. (2005). Monografía opiáceos. *Adicciones*, 17 (2).
- Fischer, B., Powis, J., Firestone, C. M., Rudzinski, K. y Rehm, J. (2008). Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20, 29-32.
- Fletcher, A., Calafat, A., Pirona, A. y Olszewski, D. (2010). Young people, recreational drug use and harm reduction. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Forsyth, A. J. M. (2008). Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patrons' views. *Alcohol and Alcoholism*, 43 (1), 111-117.
- Friedman, S. R., Flom, P. L., Kottiri, R. et al. (2003). Drug use patterns and infection with sexually transmissible agents among young adults in a high-risk neighbourhood in New York City. *Addiction*, 98, 159-169.
- Galea, S. y Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, 117 (supl. 1), S135-S145.
- Gartner, C., Hall, W. y McNeill, A. (2010). Harm reduction policies for tobacco. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Gibson, D. R., Flynn, N. y Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 15, 1329-1341.
- Gibson, D., Leamon, M. y Flynn, N. (2002). Epidemiology and public health consequences of methamphetamine use in California's Central Valley. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 313-319.
- Gieringer, D., St Laurent, J. y Goodrich, S. (2004). Cannabis vaporizer combines efficient delivery of THC with effective suppression of pyrolytic compounds. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 4, 7-27.
- Glantz, S. A., Slade, J., Bero, L. A., Hanauer, P. y Barnes, D. E. (eds.) (1996). *The cigarette papers*. Berkeley: University of California Press.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L. y Ali, R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), DOI: 10.1002/14651858. CD004145.pub3.
- Green, T. C., Heimer, R. y Grau, L. E. (2008). Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction*, 103 (6), 979-989.
- Griffiths, P. y Simon, R. (2010). Preface. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Grotenhermen, F. (2004). Cannabinoids for therapeutic use: designing systems to increase efficacy and reliability. *American Journal of Drug Delivery*, 2, 229-240.

- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M., Dijkstra, M., De Bruin, D. y Blanken, P. (2010). The fast and furious. Cocaine, amphetamines and harm reduction. En EMCDDA. *Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drug Adicction*.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. et al. (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*, 4, 173-176.
- Hagan, H., Thiede, H. y Des Jarlais, D. C. (2004). Hepatitis C virus infection among injection drug users: survival analysis of time to seroconversion. *Epidemiology*, 15 (5), 543-549.
- Hagan, H., Thiede, H. y Des Jarlais, D. C. (2005). HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behaviour and prevention. *AIDS*, 19 (supl. 3), S199-S207.
- Hajek, P., McRobbie, H. y Gillison, F. (2007). Dependence potential of nicotine replacement treatments: effects of product type, patient characteristics, and cost to user. *Preventive Medicine*, 44, 230-234.
- Hall, W. D., Degenhardt, L. y Patton, G. C. (2008a). Cannabis abuse and dependence. En C. A. Essau (ed.), *Adolescent addiction: epidemiology, treatment and assessment*, pp. 117-148. Londres: Academic Press.
- Hall, W. y Fischer, B. (2010). Harm reduction policies for cannabis. En EMCDDA. *Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drug Adicction*.
- Hallinan, R., Byrne, A., Amin, J. y Dore, G. J. (2004). Hepatitis C virus incidence among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28 (6), 576-578.
- Hämmig, R. y Van Beek, I. (2005). Supervised injecting rooms. En R. Pates, A. McBride y K. Arnold (eds.), *Injecting illicit drugs*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Hartel, D. M. y Schoenbaum, E. (1998). Methadone treatment protects against HIV infections: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports*, 113 (supl. 1), S107-S115.
- Hartnoll, R., Avico, U., Ingold, F. R. et al. (1989). A multi-city study of drug misuse in Europe. *Bulletin on Narcotics*, 41, 3-27.
- Hartnoll, R., Mitcheson, M., Battersby, A. et al. (1980). Evaluation of heroin maintenance in a controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 877-884.
- Hatsukami, D. K., Ebbert, J. O., Feuer, R. M., Stepanov, I. y Hecht, S. (2007). Changing smokeless tobacco products: new tobacco delivery systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 368-378.
- Haverkos, H. y Steel, E. (1991). Crack cocaine, fellatio, and the transmission of HIV. *American Journal of Public Health*, 81, 1078-1079.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisboa: EMCDDA.
- Hedrich, D., Kerr, T. y Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Heimer, R., Zambrano, J. A., Brunet, A. et al. (2005). Methadone maintenance treatment in a men's prison in Puerto Rico: a pilot program. *Journal of Correctional Healthcare*, 11 (3), 295-305.
- Heimer, R., Cantani, H., Newman, R. G., Zambrano, J., Brunet, A. y Ortiz, A. (2006). Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug and Alcohol Dependence*, 83 (2), 122-129.
- Heinemann, A. y Gross, U. (2001). Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by syringe vending machines. *Sucht*, 47 (2), 57-65.
- Hermida, M., Ferreira, M. C., Barral, S., Laredo, R., Castro, A. y Diz, D. P. (2002). Detection of HCV RNA in saliva of patients with hepatitis C virus infection by using a highly sensitive test. *Journal of Virological Methods*, 101, 29-35.
- Herring, R., Thom, B., Beccaria, F., Kolind, T. y Moskalewicz, J. (2010). Alcohol harm reduction in Europe. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J. et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to re-

- duce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 16-66.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A. y Kalton, G. (2008). Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths. *American Journal of Public Health*, 98, 2229-2236.
- Hunt, N., Ashton, M. y Lenton, S. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. Londres: Forward Thinking on Drugs.
- IHRA (2002). *What is harm reduction?*
- Jacob, J., Rottmann, J. y Stöver, H. (1999). *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des «drop-in Fixpunkt» in Hannover, Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung*, vol. 2., Oldenburg: BIS-Verlag, Universität Oldenburg.
- Käll, K., Hermansson, U., Amundsen, E. J. y Ronnback, S. (2007). The effectiveness of needle exchange programmes for HIV prevention: a critical review. *Journal of Global Drug Policy and Practice*, 1.
- Ker, K. y Chinnock, P. (2008). Intervention in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD005244. DOI: 10.1002/14651858.CD005244.pub3.
- Kerr, T., Kimber, J., De Beck, K. y Wood, E. (2007). The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Current HIV Reports*, 4, 158-164.
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E. et al. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users. *Vancouver Journal of Public Health*, 27 (1), 62-66. DOI: 10.1093/Pubmed/Fdh189.
- Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J. et al. (2008b). Process and predictors of treatment referral and uptake. *Drug and Alcohol Review*, 27, 602-612.
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., Hickman, M., Goldberg, D. y Rhodes, T. (2010). Harm reduction among injecting drug users. Evidence of effectiveness. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- King, B., Borland, R. y Fowles, J. (2007). Mainstream smoke emissions of Australian and Canadian cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 835-844.
- Klee, H. y Morris, J. (1995). The role of needle exchanges in modifying sharing behaviour: cross-study comparisons 1989-1993. *Addiction*, 90 (12), 1635-1645.
- Koester, S., Booth, R. y Wiebel, W. (1990). The risk of HIV transmission from sharing water, drug-mixing containers and cotton filters among intravenous drug users. *Int. J. Drug Policy*, 1 (6), 28-30.
- Kozlowski, L. T. (2002). Harm reduction, public health, and human rights: smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, S55-S60.
- Kozlowski, L. T. (2003). First, tell the truth: a dialogue on human rights, deception, and the use of smokeless tobacco as a substitute for cigarettes. *Tobacco Control*, 12, 34-36.
- Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., Gee, L., Bacchetti, P. y Edlin, B. R. (2001). Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*, 357, 1397-1401.
- Kroll, C. (2003). *Assistance to country responses on HIV/AIDS associated with injecting drug use by the UN and other agencies: Report for the Interagency Task Team on injecting drug use*.
- Latkin C., Mandell, W. y Vlahov, D. (1994). My place, your place and no place: behaviour settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *American Journal of Community Psychology*, 22, 415-430.
- Lenton, S. (2000). Cannabis policy and the burden of proof: is it now beyond reasonable doubt that cannabis prohibition is not working? *Drug and Alcohol Review*, 19, 95-100.
- Lenton, S. y Single, E. (1998) The definition of harm reduction. *Drug & Alcohol Review*, 17, 2, 213-220.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L. et al. (2007). I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smocking resources are distributed. *International Journal of Drug Policy*, 1-10.
- Leonard, L., Meadows, E., Pelude, L. et al. (2006). *Results of the evaluation of the City of Ottawa's Public Health Department's Safer Crack Use Initiative: a harm reduction success*. Toronto: Ontario HIV

- Treatment Network Research Conference, 27-28 de noviembre.
- Linssen, L., De Jong, W. y Wolf, J. (2000). *Gebruikersruimten: Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Utrecht: Trimbos-Instituut, ontwikkelcentrum Social Verslavingsbeleid.
- Linssen, L., De Jong, W. y Wolf, J. (2001). *Gebruikersruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan. Series: Resultaten Scoren*. Utrecht: Trimbos Instituut. Disponible en www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=306955.
- Maher, L., Jalaludin, B., Chant, K. G. et al. (2006). Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*, 101 (10), 1499-1508.
- Malakmadze, N., González, I. M., Oemig, T. et al. (2005). Unsuspected recent transmission of tuberculosis among high-risk groups: implications of universal tuberculosis genotyping in its detection. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 366-373.
- Malchy, L., Bungay, V. y Johnson, J. (2008). Documenting practices and perceptions of «safer» crack use: a Canadian pilot study. *International Journal of Drug Policy*, 19, 339-341.
- Martin, G. y Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 407-414.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. y Davoli, M. (2003). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software.
- Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. y Carlberg-Racich, S. (2006). Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths. *Journal of Addictive Diseases*, 25 (3), 89-96.
- McElroy, P. D., Rothenberg, R. B., Varghese, R. et al. (2003). A network-informed approach to investigating a tuberculosis outbreak: implications for enhancing contact investigations. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7, S486-S493.
- McMahon, J. M., Simm, M., Milano, D. y Clatts, M. (2004). Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 3 (6). Disponible en <http://www.ann-clinmicrob.com/content/pdf/1476-0711-3-6.pdf>.
- Medioni, J., Berlin, I. y Mallet, A. (2005). Increased risk of relapse after stopping nicotine replacement therapies: a mathematical modelling approach. *Addiction*, 100, 247-254.
- Meijer, G., De Jong, A., Koeter, M. y Bieleman, B. (2001). *Gebruik van de straat. Evaluatie gebruikersruimte Binnenstad-Zuid Groningen*. Amsterdam/ Groningen: Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)/Intraval, Abstract in Dutch.
- Melamede, R. (2005). Harm reduction: the cannabis paradox. *Harm Reduction Journal*, 2, 17.
- Metrebian, N. y Stimson, G. V. (2000). Heroin prescribing in the UK: Lost opportunities for research? *Addiction Research*, 4 (8), 305-310.
- Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B. y Stimson, G. V. (1998). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Medical Journal of Australia*, 168, 596-600.
- Metzger, D. S., Woody, G. E. y McLellan, A. (1993). Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6 (9), 1049-1056.
- Miller, C. L., Wood, E. y Spittal, P. (2004). The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36 (2), 743-749.
- Miller, W. R. y Sovereign, R. G. (1989). The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors. En T. Leberg, W. Miller, G. Nathan y G. Marlatt (eds.), *Addictive behaviors: prevention and early intervention*, pp. 219-231. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Milloy, M. J. y Wood, E. (2009). Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104 (4), 620-621.
- Milloy, M. J., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J. y Wood, E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *PLoS ONE*, 3 (10).
- Minder Nejedly, M. y Bürki, C. M. (1999). *Monitoring HIV risk behaviours in a street agency with injection*

- room in Switzerland. *Dissertation*. Berna: Medical Faculty of the University in Berne.
- Mitchell, S. J., Morris, S. R., Kent, C. K., Stansell, J. y Klausner, J. D. (2006). Methamphetamine use and sexual activity among HIV-infected patients in care - San Francisco. *AIDS Patient Care and STDs*, 20 (7), 502-510.
- Moeller, F. G., Barrat, E. S., Dougherty, D. M. et al. (2008). Use of stimulants to treat cocaine and methamphetamine abuse. *Current Psychiatry Reports*, 10 (5), 385-391.
- Moss, A. R., Vranizan, K., Gorter, R. et al. (1994). HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990. *AIDS*, 8 (2), 223-231.
- Navarro, C. y Leonard, L. (2004). Prevalence and factors related to public injecting in Ottawa, Canada: implications for the development of a trial safer injecting facility. *International Journal of Drug Policy*, 15, 275-284.
- NCHECR (ed.) (2007a). *Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report no. 3: evaluation of client referral and health issues*. Sidney: University of New South Wales. [http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/\\$file/EvalRep4SMSIC.pdf](http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/$file/EvalRep4SMSIC.pdf).
- NCHECR (ed.) (2007b). *Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report no. 4: evaluation of service operation and overdose-related events, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research*. Sidney: University of New South Wales. Disponible en [http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/\\$file/EvalRep4SMSIC.pdf](http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/$file/EvalRep4SMSIC.pdf).
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. En P. O'Hare et al. (eds.), *The reduction of drug related harm*. Londres: Routledge.
- Novick, D. M., Joseph, H., Croxson, T. S. et al. (1990). Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Archives of Internal Medicine*, 150, 97-99.
- Observatorio Vasco de Drogodependencias (2003). *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*.
- ODET (Observatorio Europeo de Drogodependencias y Adicciones, EMCDDA) (2009). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1974). *Expert committee on drug dependence: twentieth report, Technical Report Series 551*. Ginebra: WHO.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ginebra: WHO. WHO/HPR/HEP/95.1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009). *HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package*. Disponible en http://www.who.int/hiv/topics/idul/harm_reduction/en/index.html.
- Orwin, R., Cadell, D., Chu, A. et al. (2006). *Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign*. Rockville MD: NIDA.
- Palepu, A., Tyndall, M. W., Leon, H. et al. (2001). Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 415-420.
- Pankow, J. F., Watanabe, K. H., Tocalino, P. L., Luo, W. y Austin, D. F. (2007). Calculated cancer risk for conventional and «potentially reduced exposure product» cigarettes. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 16, 584-592.
- Parsons, J., Hickman, M., Turnbull, P. J., McSweeney, T., Stimson, G. V., Judd, A. y Roberts, K. (2002). Twelve years of syringe exchange: Results from a UK national survey. *Addiction*, 97 (7), 845-850.
- Peterson, A. y Lupton, D. (1996). *The new public health: health and self in the age of risk*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Phillips, R. y Kinver, A. (2007). *Know the score: cocaine wave 4- 2006/07 post-campaign evaluation*. Edimburgo: Scottish Executive Research Group.
- Piper, T. M., Rudenstine, S., Stancliff, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A. et al. (2007). Overdose prevention for injection drug users: lessons learned from naloxone training and distribution programs in New York City. *Harm. Reduct. J.*, 4, 3.
- Piper, T. M., Stancliff, S. y Rudenstine, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Substance Use and Misuse*, 43 (7), 858-870.
- Porter, J. y Bonilla, L. (1993). Crack users' cracked lips: an additional HIV risk factor. *American Journal of Public Health*, 83, 1490-1491.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. y Schreckenber-

- ger, J. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Schriftenreihe Bd 149)*. Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft.
- Prinzleve, M., Verthein, U. y Degkwitz, P. (2002). Ambulante Suchtakupunktur als Begleittherapie in der Substitutionsbehandlung. *Suchttherapie*, 3, 197-204.
- Rehm, J. y Fischer, B. (2010). Harm reduction in an open and experimenting society. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Reyes Fuentes, V. C. (2003). *15 Jahre Fixerraum Bern. Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen*. Dissertation at the Medical Faculty of the University of Berne.
- Rezza, G., Sagliocca, L., Zaccarelli, M. et al. (1996). Incidence rate and risk factors for HCV seroconversion among injecting drug users in an area with low HIV seroprevalence. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 28 (1), 27-29.
- Rhodes, T. (2002). The «risk environment»: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13, 85-94.
- Rhodes, T., Briggs, D., Kimber, J., Jones, S. y Holloway, G. (2007). Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: qualitative study. *Addiction*, 102, 1782-1790.
- Rhodes, T. y Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Scientific Monograph Series No. 10*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Robertson, J. R., Bucknall, A. B. V. y Welsby, P. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *British Medical Journal*, 292, 527.
- Ronco, C., Spuhler, G. y Kaiser, R. (1996b). Evaluation des «Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige». En *Evaluation of a stay and care center for drug addicts in Lucerne, Sozial- und Präventivmedizin*, 41 (supl. 1), S45-S57. Abstract in English available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8693816>.
- Ronco, C., Spuler, G., Coda, P. y Schöpfer, R. (1994). *Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel (full report)*. Basilea: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.
- Ronco, C., Spuler, G., Coda, P. y Schöpfer, R. (1996a). Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel (Evaluation of street facilities I, II and III in Basel). *Sozial- und Präventivmedizin*, 41 (supl. 1), S58-S68. Abstract in English available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8693818>.
- Room, R., Fischer, B., Hall, W. D., Lenton, S. y Reuter, P. (2008). *Cannabis policy: moving beyond stalemate, The Global Cannabis Commission Report*. Oxford, RU: Beckley Foundation. Disponible en <http://www.beckleyfoundation.org/>.
- Rotheram-Borus, M. J., Mann, T. y Chabon, B. (1999). Amphetamine use and its correlates among youths living with HIV. *AIDS Education and Prevention*, 11 (3), 232-242.
- Roy, E., Alary, M. y Morissette, C. (2007). High hepatitis C virus prevalence and incidence among Canadian intravenous drug users. *International Journal of STD and AIDS*, 18 (1), 23-27.
- Salmon, A. M., Dwyer, R., Jauncey, M. et al. (2009a). Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug Alcohol Dependence*, 101 (1-2), 132-136.
- Seal, K. H., Thawley, R. y Gee, L. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *Journal of Urban Health*, 82 (2), 303-311.
- Segador, M. (1995). Programas de intercambio de jeringuillas dirigidas a UDIs. *Pub. Of. Seisida*, 6 (3), 230-232.
- Segador, M. (1997). Los programas de intercambio de jeringuillas, una respuesta imprescindible pero insuficiente ante el consumo intravenoso de drogas ilegales. En X. Arana e I. Markez, *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Selvey, L. A., Denton, M. y Plant, A. J. (1997). Incidence and prevalence of hepatitis C among clients of a Brisbane methadone clinic: factors influencing

- hepatitis C serostatus. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21 (1), 102-104.
- Serpelloni, G., Carrieri, M. P., Rezza, G. et al. (1994). Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. *AIDS Care*, 6 (2), 215-220.
- Shearer, J. (2008). The principles of agonist pharmacotherapy for psychostimulant dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27 (3), 301-308.
- Sherman, S. G., Gann, D. S., Tobin, K. E. et al. (2009). «The life they save may be mine»: diffusion of overdose prevention information from a city sponsored programme. *International Journal of Drug Policy*, 20 (2), 137-142.
- Skretting, A. y Olsen, H. (2008). The Norwegian injection room trial: politics and controversies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25 (4), 269-283.
- Small, D. (2007). Fools rush in where angels fear to tread: playing God with Vancouver's supervised injection facility in the political borderland. *International Journal of Drug Policy*, 18 (1), 18-26.
- Smyth, B., Keenan, E. y O'Connor, J. (1999). Evaluation of the impact of Dublin's expanded harm reduction programme on prevalence of hepatitis C among short-term injecting drug users. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (7), 434-435.
- Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F. y Benaroyo, L. (2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17 (1), 17-22.
- Sorensen, J. L. y Copeland, A. L. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 (1), 17-31.
- Spear, B. (1994). The early years of the «British System» in practice. En J. Strang y M. Gossop (eds.), *Heroin addiction and drug policy*, pp. 3-28. Oxford: Oxford University Press.
- Sporer, K. A. (2003). Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal*, 326 (7386), 442-444.
- Stallwitz, A. y Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons: a literature review. *International Journal Drug Policy*, 18 (6), 464-474.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Fearer, S. A., Williams, C. y Burke, R. S. (2007). The marijuana check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction*, 102, 947-957.
- Stern, L. S. (1992). Self-injection education for street level sex workers. En P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. Buning y E. Drucker (eds.), *The reduction of drug related harm*. Londres: Routledge.
- Stimson, G. V. (1991). Risk reduction by drug users with regard to HIV infection. *International Review of Psychiatry*, 3, 401-415.
- Stimson, G. V. (1994). Reconstruction of sub-regional diffusion of HIV infection among injecting drug users in South East Asia: implications for early intervention. *AIDS*, 8, 1630-1632.
- Stimson, G. V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Soc. Sci. Med.*, 41, 699-716.
- Stoltz, J. A., Wood, E. y Small, W. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*, 29 (1), 35-39.
- Stoner, B. P., Whittington, W. L., Hughes, J. P., Aral, S. O. y Holmes, K. K. (2000). Comparative epidemiology of heterosexual gonococcal and chlamydial networks: implications for transmission patterns. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 215-223.
- Stöver, H. y Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14 (5-6), 437-444.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, 103 (10), 1648-1657.
- Strathdee, S. A., Galai, N. y Safaiean, M. (2001). Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine*, 161 (10), 1281-1288.
- Stratton, K., Shetty, P., Wallace, R. y Bondurant, S. (eds.) (2001). *Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction*. Washington DC: National Academy Press.
- Suzuki, T., Omata, K., Satoh, T. et al. (2005). Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *Journal of Clinical Microbiology*, 43, 4413-4417.
- Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S. et al. (2000). Prevalence of hepatitis C virus infection among in-

- jecting drug users in Glasgow, 1990-1996: are current harm reduction strategies working? *Journal of Infection*, 40 (2), 176-183.
- Theall, K. P., Sterk, C. E., Elifson, K. W. y Kidder, D. (2003). Factors associated with positive HIV serostatus among women who use drugs: continued evidence for expanding factors of influence. *Public Health Reports*, 118, 415-424.
- Thiede, H., Hagan, H. y Murrill, C. S. (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *Journal of Urban Health*, 77 (3), 331-345.
- Thom, B. y Bayley, M. (2007). *Multi-component programmes: an approach to prevent and reduce alcohol-related harm*. Nueva York: Joseph Rowntree Foundation.
- Tilson, H., Aramrattana, A. y Bozzette, S. (2007). *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington DC: Institute of Medicine.
- Tobin, K. E., Sherman, S., Beilenson, P., Welsh, C. y Latkin, C. A. (2009). Evaluation of the Staying Alive programme: training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *International Journal of Drug Policy*, 20 (2), 131-136.
- Tyndall, M., Kerr, T., Zhang, R. et al. (2006). Attendance, drug use patterns and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 193-198.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blattler, R. y Pfeifer, S. (1999). *Prescription of narcotics for Heroin Addicts: Main results of Swiss National Cohort Study*, vol. 1. Basilea, Karger: Medical Prescription of Narcotics.
- US Department of Health and Human Services (2000). 10th special report to the US Congress on alcohol & health. Washington DC: US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol and Alcoholism.
- Van Beek, I. (2007). *The Medically Supervised Injecting Centre: the first 7 years, Clinical Activity Data*. Disponible en www.sydneymsic.com (MSIC_NDARC_07.ppt).
- Van Beek, I., Dwyer, R. y Malcom, A. (2001). Cocaine injecting: the sharp end of drug related harm. *Drug and Alcohol Review*, 20, 333-342.
- Van Beek, I., Kimber, J., Dakin, A. y Gilmour, S. (2004). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: reducing harm associated with heroin overdose. *Critical Public Health*, 14 (4), 391-406.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A. y Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102, 1454-1462.
- Van den Brink, W., Vincent, M., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. y Van Ree, J. N. (2002). *Medical co-prescription of heroin two randomized controlled trials*. Utrecht: Central Committee On The Treatment Of Heroin Addicts.
- Van der Poel, A., Barendregt, C. y Van de Mheen, D. (2003). Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94-100.
- Verthein, U., Haasen, C., Prinzleve, M. et al. (2001). Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research*, 7, 176-183.
- Vogt, I. y Zeissler, E. (2005). *Abschlussbericht der Evaluation des Projektes Rauchraum im Drogennotdienst Frankfurt des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.* Frankfurt: ISFF.
- Wagner, K., Valente, T. y Casanova, M. (2009) (en prensa). Evaluation of an overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row area of Los Angeles, CA. *International Journal of Drug Policy*, DOI: 10.1016/j.drugpo.2009.01.003.
- Ward, H., Pallearos, A., Green, A. y Day, S. (2000). Health issues associated with increasing use of «crack» cocaine among female sex workers in London. *Sexually Transmitted Infections*, 76, 292-293.
- Weatherburn, D. (2009). Dilemmas in harm minimization. *Addiction*, 104 (3), 335-339.
- Williams, A., McNelly, E., Williams, A. y D'Aquila, R. (1992). Methadone maintenance treatment and HIV type 1 seroconversion among injecting drug users. *AIDS Care*, 4 (1), 35-41.
- Wodak, A. (2011). *Demand reduction and harm reduction. Working Paper*. Prepared for the First Meeting of the Commission Geneva, 24-25 de enero de 2011.
- Wodak, A. y Cooney, A. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Ginebra: WHO.

- Wodak, A., Reinarman, C. y Cohen, P. (2002). Cannabis control: costs outweigh benefits. *BMJ*, 324, 105-106.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Qui, Z. et al. (2006a). Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Public Health*, 96, 770-773.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. y Kerr, T. (2007b). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102 (6), 916-919.
- Wright, N. y Tompkins, C. (2006). A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, 6 (3), 27.
- Young, C. y Hirschfield, A. (1999). *Crystal clear: reducing glass related injury. An evaluation conducted on behalf of Safer Merseyside Partnership*. Liverpool: University of Liverpool.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. y Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), 663-688.
- Zurhold, H., Kreuzfeld, N., Degkwitz, P. y Verthein, U. (2001). *Drogenkonsumräume*. Lambertus, Freiburg: Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten.
- Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) (2005). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid.
- Gobierno vasco (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Goldberg, D. (1978). *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Howland, J., Almeida, A., Rohsenow, D., Minsky, S. y Greece, J. (2006). How Safe are Federal Regulations on Occupational Alcohol Use? *Journal Public Health Policy*.
- International Labour Organization (ILO) (2002). *Drug and alcohol abuse, an important workplace issue*. www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J. y Ferrie, J. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*, 320, 971-715.
- Mingote, J., Del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., de Miguel, I. y Gálvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 52 (208), 29-52.
- Navarro, J. y Megías, E. (1999). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Generalitat valenciana.
- Navarro, J. (2008). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad de Madrid 2006*. Comunidad de Madrid: EDIS (Equipo de Investigación sociológica). Observatorio drogodependencias. Agencia Antidroga.
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54 (213), 25-32.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1988). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1994). *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1998). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra.

Bibliografía capítulo 23

- Babor, F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, J. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Brodsky, C. y Epstein, I. (1996). The psychiatric disorders of aging in the work organization. *Occupational Medicine*, 11, 739-744.
- Estatuto de los Trabajadores (1995). Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005a). *Decent work and poverty reduction strategies. A reference manual for ILO staff and constituents*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005b). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas*. Ginebra.
- Plana, P. (2007). *Drogas y alcohol en el mundo laboral*. En prensa.
- PNSD (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio español sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ramírez, D., Marínez, K. y Asúnsolo, A. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Med. y Segur. del Trab.*, 57 (224), 190-209.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R. M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA(CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Salvador, T., Suelves, J. y Del Pozo, J. (2003). *Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Sanchis, M. y Martín, E. (1997). *En alcohol y drogas: depende de todos*. Valencia: Documento de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.
- Sindelar, S., Duchovny, N., Falba, T. y Busch, S. (2005). If smoking increases absences, does quitting reduce them? *Tobacco Control*, 14, 99-105.
- Valdenebro, J., Valdés, E. y Romo, A. (1993). Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina*, 4, 4-15.
- Varela, J., Carrera, I., Rial, A., Braña, T. y Osorio, J. (2006). *Identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol. Unha Adaptación do Audit a Poboación Galega*. Xunta de Galicia: Consellería de Sanidade. Secretaría Xeral do SERGAS.
- Xunta de Galicia (2008). *Al Alcance. Programa de prevención en el ámbito laboral*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia (SERGAS).

TÍTULOS RELACIONADOS

- ADICCIÓN A LA COMPRA. Análisis, evaluación y tratamiento, *R. Rodríguez Villarino, J. M. Otero-López y R. Rodríguez Castro*.
- ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, *E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña*.
- AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, *A. Bados López*.
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, *E. Echeburúa Odriozola*.
- CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento, *S. N. Haynes, A. Godoy y A. Gavino*.
- CONSULTORÍA CONDUCTUAL. Terapia psicológica breve, *M.ª X. Froján Parga (coord.)*.
- DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, *C. Rodríguez-Naranjo*.
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, *C. Saldaña García (coord.)*.
- EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO. Riesgos, problemas y trastornos, *J. Toro Trallero*.
- EL JUEGO PATOLÓGICO. Avances en la clínica y en el tratamiento, *E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.)*.
- GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, *A. Gavino Lázaro*.
- GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, *C. del Río Sánchez*.
- GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II Y III, *M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.)*.
- INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL. Una perspectiva conductual de sistemas, *M. Servera Barceló (coord.)*.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos escolares, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.)*.
- LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL. Una revisión del sistema de protección, *J. Martín Hernández*.
- LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES. Prevención y tratamiento, *R. M.ª Rivas Torres y M.ª J. Fiuza Asorey*.
- LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA. La melancolía y la esquizofrenia, *M. Pérez Álvarez*.
- LOS PROBLEMAS DE LA BEBIDA: UN SISTEMA DE TRATAMIENTO PASO A PASO. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda, *B. S. McCrady, R. Rodríguez Villarino y J. M. Otero-López*.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.)*.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.)*.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez*.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, *J. M. Ortigosa Quiles, M.ª J. Quiles Sebastián y F. X. Méndez Carrillo*.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, *J. F. Rodríguez Testal y P. J. Mesa Cid*.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, *P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal*.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, *V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.)*.
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas, J. A. Cruzado Rodríguez y M. Muñoz López*.
- MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA. Un nuevo perfil profesional, *L. M.ª Llavona Uribe Larrea y F. X. Méndez*.
- MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA. Dar poder para vivir. Más allá del counselling, *M. Costa Cabanillas y E. López Méndez*.
- MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, *S. Redondo Illescas*.
- MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta, *J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa Odriozola*.
- MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), *M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez*.
- PRESERVACIÓN FAMILIAR. Un enfoque positivo para la intervención con familias, *M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne*.
- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS. Fundamentos teóricos y recursos prácticos, *G. López-Guimerà y D. Sánchez-Carracedo*.
- PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS, *M. Isorna Folgar y D. Saavedra Pino (coords.)*.
- PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, *J. A. Mora Mérida, J. García Rodríguez, S. Toro Bueno y J. A. Zarco Resa*.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. Aspectos clínicos, evaluación e intervención, *M.ª T. González Martínez (coord.)*.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, *F. J. Labrador y M.ª Crespo*.
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones, *J. Gil Roales-Nieto (dir.)*.
- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ. Evaluación e intervención, *R. Fernández-Ballesteros (dir.)*.
- PSICOMOTRICIDAD. Guía de evaluación e intervención, *M. Bernaldo de Quirós Aragón*.
- PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, *R. González Barrón (coord.)*.
- PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Desarrollos actuales, *J. R. Buendía Vidal*.
- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA. Teoría y casos clínicos, *J. Rodríguez Sacristán (dir.)*.
- PSICOTERAPIAS. Escuelas y conceptos básicos, *J. L. Martorell*.
- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, *A. Rodríguez González (coord.)*.
- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas (coord.)*.
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores, *K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano*.
- TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. Guía de intervención, *I. Moreno García*.
- TERAPIA PSICOLÓGICA. Casos prácticos, *J. P. Espada Sánchez, J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo (coords.)*.
- TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos clínicos, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.)*.
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), *E. Mendoza Lara (coord.)*.
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE HÁBITOS Y ENFERMEDADES, *J. M.ª Buceta Fernández y A. M.ª Bueno Palomino*.
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, *J. Olivares Rodríguez, A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares*.
- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras, *J. Olivares Rodríguez, F. X. Méndez Carrillo y D. Maciá Antón*.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. La perspectiva experimental, *J. Vila Castellar y M.ª del C. Fernández-Santaella*.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, *A. Gavino Lázaro*.
- VIGOREXIA. La prisión corporal, *A. García Alonso*.
- VIVIR CON LA DROGA. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida, *J. Valverde Molina*.

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es