

PAPELES DEL  
PSICÓLOGO

Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de  
Psicólogos  
España

Becoña Iglesias, Elisardo  
Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas  
Papeles del Psicólogo, vol. 28, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 11-20  
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828103>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## BASES PSICOLÓGICAS DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela

*El consumo de drogas se ha convertido en un importante problema social en los últimos años en todos los países desarrollados. Un modo de contener o atajar este problema es a través de la prevención del consumo de drogas. La psicología siempre ha tenido un papel destacado en la prevención del consumo de drogas, tanto para comprender y explicar esta conducta desde los procesos que estudia la psicología, a la realización de estudios para explicar por qué unas personas consumen drogas y otras no, como elaborar teorías y modelos para explicar e intervenir en los consumidores y, de modo especial, en el desarrollo de programas preventivos eficaces, como de tratamiento. Esta conducta, la del consumo de drogas, tiene una gran relevancia para la psicología por su alta prevalencia y los graves problemas que acarrea a muchos individuos (físicos, psicológicos y sociales). Los resultados obtenidos con los programas de prevención del consumo de drogas son buenos aunque no siempre su implantación llega al nivel deseable.*

**Palabras clave:** Prevención, drogas, psicología, teorías.

*The drug consumption has become an important social problem in the last years in all the developed countries. It's possible to cut this problem through the prevention of the drug consumption. The psychology has always had a paper highlighted in the prevention of drug consumption, to understand and to explain this behavior from the psychological processes, the realization of studies to explain why some people consume drugs and other not, elaborate theories and models to explain the consumption and to treat the abusers and, in a special way, in the development of effective preventive and treatment programs. This behavior, drug consumption, has a great relevance for the psychology by their high prevalence and the serious problems it produce at many individuals (physical, psychological and social). The results obtained with the preventive programs of drug consumption are goods although their implementation not always reach the desirable level.*

**Key words:** Prevention, drugs, psychology, theory.

### PSICOLOGÍA Y CONSUMO DE DROGAS, ¿POR QUÉ LAS PERSONAS CONSUMEN DROGAS?, ¿POR QUÉ DEBEMOS PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS?

Cuando nos planteamos la explicación del consumo de drogas viene bien comenzar por definir qué es la psicología para, en función de dicha definición, conocer cual es nuestro papel. Una definición sencilla de psicología es la de la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem y Nolen-Hoeksema, 1996). De modo quizás más comprensible podríamos decir que la psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano, para comprender sus actos y conducta observable, sus procesos mentales (cogniciones, sensaciones, pensamientos, memoria, motivación) y todos aquellos procesos que permiten explicar la conducta en contextos concretos. Por ello, se centra en lo observable (conducta) y en los procesos mediadores

(mentales) pero sin dejar de considerar los procesos sociales (cultura, socialización, sistema social) y biológicos (genéticos, perinatales, postnatales, enfermedades) siempre que estos últimos permitan explicar el comportamiento humano.

Una conducta, como es la del consumo de drogas, va a exigir una explicación bio-psico-social, o más bien socio-psico-biológica, porque el aspecto más importante, a nivel cuantitativo y cualitativo para explicar el consumo o no en una sociedad concreta, como la nuestra, es en primer lugar las debidas a factores sociales, en segundo lugar a factores psicológico y, finalmente, en tercer y último lugar, a factores biológicos.

El estudio del comportamiento humano observable se ha realizado mediante todo lo que conocemos por aprendizaje y procesos psicológicos. Dentro de los procesos psicológicos básicos se han estudiado los procesos de cómo percibimos y sentimos, la atención, la memoria y la inteligencia, cómo aprendemos, cómo pensamos, el papel de la cognición, la comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, a veces como resultado final de varios de los procesos anteriores, junto a

*Correspondencia:* Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela. España. E-mail: pcelisar@usc.es

otros como la consciencia, etc. También el proceso evolutivo del individuo y su conducta social. Dentro del aprendizaje han destacado los estudios que han llevado al descubrimiento de los procesos de condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social o vicario. Esto ha tenido una gran relevancia, dado que la psicología actual fundamenta sus principios en dos grandes bloques. Por una parte, los derivados de la psicología del aprendizaje, a partir de la cual ha desarrollado técnicas de tratamiento muy potentes y efectivas para distintos trastornos, y los procesos cognitivos, que nos permiten conocer los procesos de pensamiento y otros de tipo interno que explican la conducta. También el desarrollo de técnicas basadas en las cogniciones han sido y siguen siendo hoy muy importantes (ej., técnicas atribucionales, cognitivas, de solución de problemas, etc.). Estos mismos principios son los que se utilizan en la prevención de las drogodependencias, y que por falta de espacio y por ser bien conocidos por los psicólogos no nos vamos a detener en los mismos, aunque pueden verse en distintas publicaciones aplicados al consumo de drogas (ej., Becoña, 2002).

Hay tres motivos fundamentales por el que tenemos y debemos prevenir el consumo de drogas, especialmente tabaco, alcohol y cannabis, en niños y adolescentes. El primero, el más evidente y conocido, es que si conseguimos que los niños y adolescentes no fumen cigarrillos o cannabis, ni beban abusivamente alcohol, evitaremos que de adultos no se conviertan en adictos o abusadores. El segundo motivo es que hoy sabemos que si esa persona no consume evitaremos enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo (cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y también reduciremos la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Hoy sabemos que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc. (Becoña, 2003; Comisión Clínica, 2006; Regier et al., 1990). Y, en tercer lugar, sabemos que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc. (Kandel y Jessor, 2002). Hoy sabemos, sobre el consumo de drogas, que: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ile-

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

## LA EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA DEL CONSUMO DE DROGAS

### *Procesos psicológicos básicos*

La explicación comprensiva del comportamiento humano exige integrar en un mismo ser humano los componentes socio-culturales, o contexto en donde ha nacido, ha aprendido, ha desarrollado sus habilidades y donde actualmente vive (esto significa que ha aprendido cosas dentro de una cultura concreta, que tiene una concepción del mundo distinta a la de otros grupos sociales, y

que afronta el mundo con los valores y creencias de esa cultura); los componentes psicológicos, o modo de comprender y afrontar el mundo desde su realidad; y, el componente biológico, o parte física que le permite ser hombre, por una parte, y hombre social por otra, dependiendo de su estructura orgánica y de su funcionamiento biológico a través de sus sentidos, órganos y características biológicas innatas u otras que han ido interaccionando con su parte psicológico y su parte social de modo mutuo a través de su ciclo vital (Carlson, 1998). Los procesos psicológicos básicos, esto es, cómo percibimos y sentimos, el papel de la atención, la memoria y la inteligencia, los tan importantes procesos de aprendizaje, cómo pensamos y el papel de la cognición, la comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, la consciencia..., los hay que tener en cuenta para comprender, explicar y poder prevenir y tratar el consumo de drogas (Becoña, 2002). Como un ejemplo, saber como una persona aprende es de la mayor relevancia. El aprendizaje es un proceso básico en el ser humano y en los animales. A lo largo del tiempo la persona aprende relaciones entre eventos en su ambiente y como los mismos tienen efectos sobre su conducta. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social, como todos bien conocemos.

Junto a los procesos básicos anteriores, que nos permiten comprender y explicar el comportamiento humano desde la esfera más psicológica, hay otros procesos que se relacionan con la parte social del individuo y, naturalmente también, con su parte biológica, ya que el individuo, el comportamiento de cualquiera de nosotros, se produce en un contexto social y con una persona que tiene también un sustrato biológico. Nos referimos a la importancia que tiene conocer la cultura (y sus características) en relación a la valoración y normas que tiene sobre el consumo de drogas, el proceso de socialización del individuo, el papel de su familia y de los procesos familiares de ese individuo, así como el papel de la familia en ese medio social (estilos de crianza, control, expectativas hacia sus hijos, etc.). También tenemos que conocer la vulnerabilidad y los procesos de predisposición biológica que puedan existir en ese individuo.

No hay que olvidarse de que, en el caso concreto del consumo de drogas, es de vital importancia conocer el proceso de la adolescencia y adultez temprana, la psicología de la adolescencia, por ser en la adolescencia, habitual-

mente entre los 12 y los 20 años, cuando se van a producir, si se producen, los procesos de prueba de drogas, y posible abuso y dependencia. En este sentido, conocer esta etapa de la vida es clave para el profesional, porque van a ser las personas en este periodo de la vida las que más van a estar en contacto con él, junto a aquellos mecanismos que desarrollan los jóvenes para conseguir o no el autocontrol de su conducta (Becoña, en prensa).

### ***Tipos de familia y crianza***

El proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda hacerse humano en el grupo cultural en el que ha nacido. Muchos de los modelos y teorías psicológicas para explicar el consumo de drogas parten del proceso de socialización como elemento central (ej., Oetting y Donnermeyer, 1998). Dentro del consumo de drogas se ha estudiado especialmente el papel de la familia (ver Fernández y Secades, 2002).

Uno de los aspectos más relevantes para el individuo es el relacionado con su tipo de crianza. Hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos. Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: con autoridad, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1997) el estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres con autoridad son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más

competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1997). Todo lo que llevamos dicho hasta aquí tiene una clara incidencia en el consumo de drogas.

### **Adolescencia y consumo de drogas**

La adolescencia es una etapa crítica para la formación de la persona. En la misma, el individuo tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definitorios de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo periodo de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el hachís, y en menor grado con otras sustancias. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas (Funes, 1996) y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por

ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Además, son varios los factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente, como (Bayés, 1991; Becoña y Oblitas, 2006): 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos, 2) lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, 3) el hecho de que mientras las conductas no saludables (ej., carcinógenas) proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 5) por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y justificar prácticas no saludables, pero socialmente correctas, y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída. Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarles problemas (ej., emborracharse).

### **Ocio, tiempo libre, vida recreativa y consumo de drogas**

Hoy la diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas, sea éste puntual, esporádico o frecuente, aunque un gran número de personas se divierten sin consumirlas y es posible desarrollar un adecuado control y autocontrol en la situación de diversión, en la vida recreativa y en otros contextos de la vida. La difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Este nuevo fenómeno se le denomina hoy como consumo de drogas recreativas (Calafat et al., 2000, 2001, 2004), por la gran difusión de las mismas, asociadas específicamente a la diversión, un razonable coste económico al que le pueden hacer frente muchas personas, el buscar en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o como un modo de evadirse en el tiempo libre de que se dispone. Todo ello implica en muchas ocasiones riesgos. Este es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud. Declina su relevancia en la vida adulta, y paralelamente el consumo de sustancias y los problemas que ellas pueden acarrear, cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades de adulto al tener un trabajo, formar una familia, tener hijos, etc.

Como es bien sabido, en los jóvenes se ha producido en los últimos años una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características. Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en parte importante en sus inicios, al consumo de éxtasis, para pasarlo mejor y aguantar la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los locales *afters* (que abren a altas horas de la madrugada y cierran a media mañana o final de la misma), las rutas del *bakalao*, etc., todo lo cual ha constituido un nuevo modo de divertirse que antes no existía y que es reciente en el tiempo. Y, esta nueva forma de diversión, se asocia en una parte de los que participan en ella con un consumo de sustancias para aguantar mejor la noche y pasarlo bien. De ahí la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas. En todo caso nunca hay que olvidar que cuando hablamos de consumo

de drogas hay que conocer el dato epidemiológico real, en el sentido de que siempre hay más personas jóvenes, si nos referimos a ellos, que no consumen drogas ilegales que los que las consumen (Calafat et al., 2001, 2004). Por suerte, el consumo se circunscribe habitualmente al fin de semana, aunque este tipo de conductas incrementa la probabilidad de que un porcentaje de los mismos tengan problemas de consumo abusivo de drogas o de alcohol y que aparezcan pronto sus problemas asociados, especialmente por el policonsumo recreativo. Estamos asistiendo en estos últimos años a un cambio en los patrones de consumo de sustancias en los jóvenes asociados a esta nueva forma de divertirse. Y este cambio no es sólo característico de nuestros jóvenes sino que es un fenómeno que se está produciendo en el resto de los países europeos (Calafat et al., 2001). Es una señal más de la creciente homogenización a la que vamos no solo en la moda, estética, forma de vestir, sino también en los consumos de las distintas drogas.

### ***El paso de la adolescencia a la adultez. Asunción de roles adultos y papel de las drogas en la vida del individuo***

Hoy sabemos, gracias a toda una serie de estudios de seguimiento desde la adolescencia a la adultez, que el consumo de drogas no es igual cuando se es adolescente que cuando se pasa a ser adulto, a asumir los roles adultos en la sociedad concreta en la que se vive (Bachman et al., 2002). Como un ejemplo, Baer, MacLean y Marlatt (1998), después de revisar varios de los estudios longitudinales que se han realizado en donde se han seguido a las personas desde la adolescencia hasta el final de la misma o hasta su vida adulta, concluyen, referido al consumo de alcohol, que éste va incrementándose en la adolescencia pero a partir de los 20 años de edad declina no sólo el consumo de alcohol sino también el consumo de sustancias, estando el pico del mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana. Las causas que se han aducido para este cambio se relacionan con la asunción de los roles adultos, indicándose entre las más importantes el matrimonio, tener hijos y comenzar a trabajar. Esto facilitaría una moderación en el consumo de alcohol. O, visto de otro modo, la menor disponibilidad de tiempo para beber y el mayor control por parte del otro miembro de su pareja, de su familia más extensa y del mismo sistema social y laboral, facilitaría el no beber.

Por tanto, es claro que una parte del consumo de sustancias que hacen los adolescentes remite con el tiempo, in-

cluso aunque dicho consumo esté asociado a distintos problemas psicosociales (Baer et al., 1998). Los problemas que no remiten suelen estar asociados con problemas de desarrollo temprano como conflicto familiar y conducta desviada. Esto sugeriría que en estas personas hay un proceso de desarrollo diferente a la gran mayoría de los adolescentes, especialmente a los que aún consumiendo sustancias han tenido problemas medios o moderados y que, incluso, consumiendo esporádicamente en su vida adulta, e incluso en una ocasión puntual de modo importante, no desarrollan problemas. Conocer estos aspectos más claramente es de una relevancia clara, especialmente para el campo de la prevención de las drogodependencias, para la detección precoz de las conductas problema y para el rendimiento académico de los que ahora están en la fase de prueba. También para los adultos que llevan a cabo estas conductas. El poder conocer tipos de personas con patrones distintos de consumo y tipos de problemas producidos por los mismos, nos podría proporcionar un cuadro más exacto de esta evolución desde las edades tempranas hasta la adultez, con todos los aspectos de incorporación social con plenos derechos que tienen los adultos, en su sentido social. Por ello, White, Bates y Lebovicié (1998) consideran que ya es hora de modificar el centro de la actual investigación y de los esfuerzos preventivos y que hay que dedicar más esfuerzos al estudio de los últimos años de la adolescencia y a la adultez temprana. Por ello lo relevante sería analizar las conductas de riesgo de los adolescentes en sus periodos de transición y ver el modo de disminuir esos riesgos.

Todo lo anterior también se relaciona con la distinción de Moffitt (1993) entre conductas problema limitadas a la adolescencia y persistentes a lo largo de la vida. Los datos indican que ello puede ser cierto en muchos casos. Moffitt (1993) encontró para la conducta delincuente que había dos tipos de personas para esta conducta problema: los que solo realizaron este tipo de conducta de modo puntual en la adolescencia y los que la hacían tanto en la adolescencia como también en la vida adulta. En el caso del consumo de drogas lo más probable es que ocurra esto, dado que los estudios analizados aquí no muestran una relación lineal de consumos en la adolescencia y en la vida adulta. Pero también esos mismos estudios (ej., Baer et al., 1998) u otros (ej., Donovan, Jessor y Costa, 1999) indican que el mejor predictor del consumo de drogas en la adultez es el consumo de drogas que hacían cuando eran adolescentes, o a veces aún antes. Conocer estos tipos de personas es una tarea que

hay que abordar en los estudios (Cairns, Cairns, Rodkin y Xie, 1998; Silbereisen, 1998). Y, en función de los mismos, aplicar la intervención preventiva que mejor se adecue a cada uno de ellos. Los tipos de programas preventivos existentes, como son los universales, los selectivos y los indicados, van en esta línea, línea que por otra parte ha comenzado a dar adecuados frutos en el campo de la prevención de las drogodependencias. A su vez, relacionado con lo anterior, es necesario conocer no sólo mejor la conducta de consumo de drogas y las conductas problema relacionadas con las mismas, sino también factores causales directos e indirectos en relación a las mismas, como suele ejemplificarse con la relación con la comorbilidad psiquiátrica (Regier et al., 1990), todo lo cual ayudará a comprender mejor el consumo de drogas, el mantenimiento del consumo y su abandono. Con todo este conocimiento nos será más fácil realizar la prevención en drogodependencias.

#### TEORÍAS EXPLICATIVAS DE TIPO PSICOLÓGICO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

En cualquier ciencia es de gran relevancia disponer de adecuados modelos y teorías que fundamenten la misma. Estos no son fruto de nuestra libre elucubración sino que se basan en la práctica y en los conocimientos que tenemos sobre el campo (en el caso del consumo de drogas sobre los factores de riesgo y protección del consumo de drogas, de los estudios epidemiológicos, empíricos y de seguimiento realizados, y en todo el amplio abanico de conocimientos de que disponemos sobre drogas, la adolescencia y adultez temprana, la prevención, el diseño de programas, la evaluación de programas preventivos, y así un largo etcétera.).

Como hemos indicado en otro lugar (Becoña, 1999), podemos considerar varios grupos de teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas: 1) teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios y evolutivas y 3) teorías y modelos integrativos y comprensivos. Analizando los mismos se aprecia que la mayoría de los modelos explicativos son de tipo psicológico, bien incluyendo solo procesos psicológicos o combinándolos con procesos biológicos y sociales

Dentro de las teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, se incluyen una serie de ellos que se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Aquí están las teorías y modelos biológicos, como es la adic-

ción como un trastorno con sustrato biológico, donde se reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación. También el modelo de salud pública, creencias de salud y competencia, estos últimos como evolución del primero y el modelo de creencias de salud.

Una teoría de gran relevancia para la explicación del consumo, para el tratamiento y para la prevención es la teoría del aprendizaje. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

Otro grupo de teorías que han tenido una gran relevancia desde mediados de los años 70 son las teorías actitud-conducta. De ellas destacan la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen y la teoría de la conducta planificada de Ajzen. El objetivo de las mismas es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual, en el modelo de Fishbein y Ajzen, y en el de Azjen junto a las anteriores también por el control conductual percibido.

Otro grupo de teorías simples son las agrupadas como teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales o las basadas en la afectividad, el modelos sistémico y el modelo social.

El segundo gran conjunto, las teorías y modelos de estadios y evolutivas, son todas psicológicas. Las mismas se basan o inciden en su explicación en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas. El más conocido es el modelo evolutivo de Kandel. Básicamente, su modelo se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por una primeras sustancias de iniciación (drogas legales, alcohol y tabaco) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y luego las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas. La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales, marihuana, cocaína, heroína, etc., se producen de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco. Los estudios por Kandel realizados, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. El consumo de drogas legales

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

Otro modelo de estadios o etapas es el de Werch y DiClemente, el modelo de etapas motivacionales multicomponente, basándose en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim incluye como componentes el adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su ambiente social. Otros modelos evolutivos son el de madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie, la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb, el modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz. Otro que



destaca es el de la teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores.

Finalmente, los modelos y las teorías integrativas y comprensivas tienen como objetivo explicar la conducta de consumo de drogas mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Aparte del modelo de promoción de la salud, también a veces conocido como de la salud pública, que incluye elementos psicológicos pero también otros, y se ha elaborado desde el campo médico orientado a la planificación, los demás son psicológicos, como son la teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social, de Bandura, el modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores, el cual es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección, integrando otras teorías previas que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Otra teoría de gran relevancia es la de la conducta problema de Jessor y Jessor, más actualmente red denominada como la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, en la

que considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados del riesgo. También recientemente Botvin ha propuesto un modelo integrado general de la conducta de uso de drogas, el cual es un modelo eminentemente descriptivo para fundamentar su programa preventivo.

### LA PSICOLOGÍA Y LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

El tratamiento es muy importante para las personas que tienen un trastorno pero aún es más importante prevenir que nuevas personas lleguen a padecer el mismo. Esto está claro cuando hablamos del consumo de drogas.

La mayoría de los programas preventivos eficaces han sido realizados por psicólogos, al menos los de última generación que funcionan adecuadamente (programas psicosociales, basados en la evidencia, etc.) (ver Becoña, 2006). Fue en los años 70 y 80 cuando aparecen los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales a partir de distintos estudios, tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos programas dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales, que insiste en que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas (Botvin, 1995).

Si tuviésemos que caracterizar a los programas eficaces actuales tendríamos que indicar que éstos se basan en la evidencia científica que tienen, la cual recoge los avances que se han realizado hasta el momento presente, como han sido los programas de influencia social, u otros que incluyen componentes que han mostrado ser eficaces. Esto parte de que, en los últimos años, en el campo científico aplicado ha habido una gran revolución en lo que se ha denominado la medicina basada en la evidencia, la psicología basada en la evidencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), todo lo cual se ha ido extendiendo a todos los aspectos de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y la misma prevención de drogas. Lo que subyace a esto es que debemos utilizar

<p><b>TABLA 1</b>  <b>ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES QUE DEBEN ESTAR PRESENTES EN UN BUEN PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL CONSUMO DE TABACO</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información sobre el tabaco y las consecuencias en la salud</li> <li>2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco</li> <li>3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo</li> <li>4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de los cigarrillos</li> <li>5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana</li> <li>6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo</li> <li>7. Promover estilos de vida saludables</li> <li>8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad</li> <li>9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPAS y padres o tutores)</li> <li>10. Implicar a toda la escuela en el programa (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables)</li> </ol>
<p>Fuente: Becoña (2006).</p>

aquello que tiene no sólo una buena fundamentación teórica, sino que tiene que tener una buena base empírica basada en la evidencia y demostrar que consigue el resultado que se espera. Esto es, que es eficaz.

Como hemos indicado en otro lugar (Becoña, 2006), hoy sabemos cuales son los elementos eficaces de un programa preventivo para aplicar en la escuela (ver tabla 1). Como venimos abogando, la prevención en la escuela debe hacerse en una asignatura específica semanal de Educación para la Salud o título semejante. El actual sistema preventivo en la escuela a través de la transversalidad se hace inoperante en muchos casos, no se imparte tal transversalidad o no tiene la intensidad que necesita para surtir el efecto deseado.

Hoy es relativamente fácil disponer de un listado fiable de todos los programas que funcionan en la prevención de las drogodependencias (ej., Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001; McGrath, Sumnall, McVeigh y Bellis, 2006; Robertson, David y Rao, 2003).

En España podemos ver el *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias* (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Martínez y Salvador, 2000), auspiciada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. A su vez la evaluación de qué programas funcionan lo podemos ver a través de distintos metaanálisis (ej., Thomas, 2002; Tobler et al., 2000), como de revisiones sistemáticas (ej., Jones, Sumnall, Burrell, McVeigh y Bellis, 2006).

De todo lo dicho es claro que los psicólogos y psicólogas tenemos mucho trabajo por hacer en el tema de las drogodependencias y otras adicciones, tanto en los aspectos preventivos como en los de tratamiento. La psicología conoce bien lo que es una adicción, tiene una completa explicación psicológica para la misma y programas preventivos adecuados para que las personas no comiencen a consumir drogas. La evaluación de los mismos y su adecuada implantación permitiría una mejor prevención del consumo de drogas en nuestros niños, adolescentes y jóvenes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antón, A., Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. y Nolen-Hoeksema, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology (11th. ed.)*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publisher.

Baer, J.S., MacLean, M.G. y Marlatt, G.A. (1998). En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.

Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica, 2 ed.* Barcelona: Martínez-Roca.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.

Becoña, E. (2006). Tabaco. Prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (en prensa). Riesgo, control y autocontrol entre los jóvenes que buscan la diversión. En A. Calafat (Ed.), *La democratización del placer*. Palma de Mallorca: Irefrea.

Becoña, E. y Calafat, A. (2006). Los jóvenes y el alcohol. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. y Oblitas, L. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2 ed., pp. 83-109). México: Thomson.

Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.

Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Bryant, A.L. y Merline, A.C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

Blackman, S.J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48, 131-142.

Cairns, R.B., Cairns, B.D., Rodkin, P. y Xie, H. (1998). New directions in developmental research: Models and methods. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 13-40). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas. Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P. et al. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture. SONAR Project*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Carlson, N.R. (1998). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel.
- Comisión Clínica (2006). *Cannabis. Informes de la comisión clínica*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico (7 ed.)*. México: Prentice-Hall Interamericana.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1999). Adolescent problem drinking: Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 352-361.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades, R. (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Gardner, S.E., Brounstein, P.J., Stone, D.B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., McVeigh, J. y Bellis, M.A. (2006). *Universal drug prevention*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Maccoby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: A review of reviews. Evidence briefing update*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Zeith, S.J., Judd, L.L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Robertson, E.B., David, S.L. y Rao, S.A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide, 2nd ed.* Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 2003.
- Silbereisen, R.K. (1998). Lessons we learned - problems still to be solved. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp.518-543). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Thomas, R. (2002). Programas escolares para la prevención del tabaquismo (versión española). *Biblioteca Cochrane Plus, 2002, Issue 1*. Chichester, RU: Wiley and Sons.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- White, H.R., Bates, M.E. y Labouvie, E. (1998). Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 150-181). Cambridge, RU: Cambridge University Press.