

Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social

Juan MAYOR

RESUMEN

Las drogodependencias son consideradas como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia el cambio social. Se examinan su naturaleza -enfermedad, conducta desviada o conducta normal- y se precisa su definición; las drogodependencias son consideradas como una conducta o actividad que pasa paulatinamente de ser normal a ser desviada y disfuncional. Asimismo se da cuenta de su carácter multideterminado y, en consecuencia, de la necesidad de modelos y teorías multidimensionales, uno de cuyos componentes sea el sociocultural, frente a explicaciones reduccionistas. Finalmente, se precisan las dimensiones y fases básicas de la intervención en dicha área, así como las técnicas orientadas al cambio en la interacción entre el sujeto y el contexto social, bien sea éste el micro-contexto o el macro-contexto.

ABSTRACT

Drugs addiction as a Social Work topic. Addiction to drugs is considered as belonging to the field of expertise and knowledge represented by social work. The role played by social change in the phenomenon of drugs diffusion is examined. Its nature (illness, deviant behaviour, normal behaviour) and concept are defined. The author points out that drug addiction develops from a pattern of normal behaviour to one of deviant and later non-functional activity. The drug phenomenon consists of a multiplicity of aspects and consequently requires a variety of multi-dimensional explanatory approaches. Finally, some basic steps for social intervention in this area and the techniques oriented to change interaction between the individual and social context (both at the micro- and macro-level) are considered.

Como se establece en el título de este trabajo, consideramos a las drogodependencias como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, aunque obviamente no sea su único objeto, ni únicamente sea objeto de inda-

gación e intervención por el Trabajo Social.

Aquí solamente pretendemos fundamentar el aserto de que las drogodependencias constituyen un objeto propio del Trabajo Social, entendido éste como un campo interdisciplinar

a través del que se desarrolla una acción social y se aplica una tecnología social para producir un cambio en el contexto social o en la interacción entre los sujetos y el contexto social (ANDER-EGG, 1992; MAYOR, 1993).

Para justificar ese aserto examinaremos la naturaleza de las drogodependencias y las dimensiones y fases básicas de la intervención en las drogodependencias. Así, por ejemplo, si éstas se redujeran a una mera enfermedad, el papel del trabajador social en este campo sería accesorio y colateral; si la prevención estuviera limitada al ámbito de la educación o la comunicación de masas y la intervención al ámbito clínico —o alternativamente al ámbito de la comunidad terapéutica—, la participación del trabajador social sería meramente complementaria, cuando no perfectamente prescindible. Pero resulta que estos ejemplos distan mucho de reflejar la realidad y en modo alguno describen correctamente la naturaleza de las drogodependencias y de la intervención en ellas. Un análisis riguroso y actual de estas cuestiones pone de relieve que el papel del trabajador social, aunque no en exclusiva, es necesario y esencial en la tarea de entender cómo se producen y solucionan las drogodependencias y cómo se puede intervenir eficazmente para reducir las o eliminarlas. Veamos, pues, cuál es la verdadera naturaleza de las drogodependencias y de la intervención sobre ellas para poder constatar que constituyen un objeto propio del Trabajo Social.

Naturaleza de las drogodependencias

Categorizar y definir las drogodependencias ha constituido una tarea nada fácil, que ha dado lugar a diferentes concepciones del fenómeno y que ha tenido importantes repercusiones en el ámbito de la teoría, de la praxis profesional y de las representaciones sociales. Veamos cómo se la ha intentado categorizar, qué definiciones se han propuesto y cuál es nuestro punto de vista al respecto.

La drogodependencia como enfermedad, conducta desviada o conducta normal

Las grandes categorías en las que se ha incluido la drogodependencia a lo largo de la historia han sido muchas y muy heterogéneas: por ejemplo, se ha relacionado con la magia, con la religión y con la medicina; en tiempos más recientes se ha considerado como un vicio o como un delito; en las últimas décadas las opciones alternativas han sido categorizar la drogodependencia como enfermedad o como conducta; pero esta última se ha escindido en dos categorías, conducta normal y conducta desviada (anormal).

La drogodependencia como enfermedad

A esta categorización de la drogodependencia se llegó como resultado de la convergencia de dos movimientos. Por un lado, se había llegado a la conclusión de que tratar la adicción como un vicio o como un delito no era correc-

to y sí contraproducente por las dificultades suplementarias que introducían estas categorías estigmatizadoras y porque se llegó a pensar que los adictos no eran responsables de su adicción; categorizarlos como enfermos resolvía estos problemas.

Por otro lado, se consideraba conveniente confiar su tratamiento a expertos y la profesión médica postuló que quienes mejor podían tratar a los adictos eran los médicos, dictaminando de forma voluntarista que la adicción era una enfermedad; recordemos la significativa definición de JELLINEK (1960): "una enfermedad es lo que la profesión médica reconoce como tal".

En relación con el alcoholismo, este concepto de enfermedad se impuso de forma arrolladora desde los años 60, siendo la obra de JELLINEK (1960) *The Disease Concept of Alcoholism* un hito decisivo en ese proceso. El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) consagró el concepto, no sólo en relación con el alcoholismo, sino también respecto del abuso y dependencia de otras drogas.

El llamado modelo médico descansa precisamente sobre la idea de que la drogodependencia es una enfermedad. El argumento último es que esta enfermedad tiene una base biológica o bioquímica; sin embargo, un poco paradójicamente, se la caracteriza más específicamente como trastorno de la personalidad (DSM II) o trastorno mental, aunque en el DSM III y el DSM IV se le asigna una categoría diagnóstica independiente como trastorno por abuso de sustancias.

Esta concepción ha sido ampliamente seguida, naturalmente, por la pro-

fesión médica, pero también ha calado en amplios sectores y en el público en general. Ha sido, sin embargo, severamente criticada desde muchos puntos de vista. No es el punto menos importante el estrictamente terminológico y conceptual, dada la imprecisión y vaguedad del concepto de enfermedad; dice FINGARETTE (1988, p.2) que "la palabra *enfermedad* se ha usado erráticamente y raramente ha sido explicada o discutida en textos médicos" y que "si el término enfermedad fuera suprimido del vocabulario médico, ningún conocimiento médico sustantivo ni discusión esencial se perdería ni dañaría". SEGUIN (1982) conceptualiza la enfermedad como reacción, estado, vivencia, castigo, fenómeno social, cultura, expresión y refugio, lo que prueba la enorme vaguedad y multivocidad del término.

Por otra parte, el concepto de enfermedad aplicado, por ejemplo, al alcoholismo implica (FINGARETTE, 1988, pp. 6 y 7) un patrón de bebida intensa durante largo tiempo, que es causado por una específica patología corporal y/o mental ("craving", pérdida de control) y que causa una patología corporal y/o mental; si damos por buena esta descripción de la tesis de la enfermedad, observamos que en realidad se reduce a lo siguiente: es un patrón de conducta que tiene causas y efectos patológicos; por de pronto, va implícito que el fenómeno consiste en un patrón de conducta; si la patología corporal y/o mental que causa el alcoholismo se ejemplifica con el anhelo y la pérdida de control, se está volatilizándolo el concepto de enfermedad; quedan por analizar los efectos del patrón de conducta, que pueden ser patológicos: tales efectos no definen la natu-

raleza de la causa, del mismo modo que, porque la actividad de picar en una mina pueda tener un efecto patológico (silicosis), no vamos a concluir que picar en la mina es una enfermedad.

Otros argumentos en contra van dirigidos al reduccionismo explicativo que implica el concepto de enfermedad; se supone que existe una enfermedad corporal o mental, que se manifiesta a través de la conducta de consumo de drogas (que funciona como síntoma), o que aquélla produce ésta; pero se ha comprobado hasta la saciedad que los componentes psicológicos y sociales son factores que pueden ser determinantes de la drogodependencia, sin que en ningún momento puedan categorizarse como enfermedad (véase PATTISON, SOBELL y SOBELL, 1977, y SEGAL, 1988).

Todas estas críticas y otras muchas van dirigidas a la conceptualización de la drogodependencia como enfermedad, pero no implican que entre drogodependencia y enfermedad no exista ninguna relación, que naturalmente existe; para comprobar las múltiples relaciones entre, por ejemplo, psicopatología y trastornos adictivos –psicopatología como factor de riesgo, como indicador del proceso, como consecuencia del uso– pueden verse MEYER (1986) y ALTERMAN (1985), entre otros muchos.

La drogodependencia como conducta desviada

En relación con la drogodependencia, la alternativa actual al concepto de enfermedad es el concepto de conducta, aunque nosotros preferimos utili-

zar el concepto de actividad (MAYOR, 1985; 1993).

La aceptación implícita de que la drogodependencia es una conducta es hoy prácticamente total, porque, incluso quienes defienden explícitamente que es una enfermedad, afirman que es un patrón de uso que afecta a la conducta laboral y social (DSM III y IV).

La aceptación explícita (que lleva consigo el rechazo, también explícito o implícito, del concepto de enfermedad) de que se trata esencialmente de una conducta va ganando adeptos hasta el extremo de que empiezan a imponerse en ambientes científicos y profesionales e, incluso, en la opinión pública; puede comprobarse, *grosso modo*, pero significativamente, observando la abundancia de tratados y monografías que incluyen ya en sus títulos la categorización de la drogodependencia como conducta: JARVIK *et al.* (1977): *Research on smoking behavior*; MILLER (1980): *The addictive behaviors*, LEVINSON *et al.* (1983): *Commonalities in substance abuse and addictive behavior*; GOLDBERG y STOLERMAN (1986): *Behaviors analysis of drug dependence*, SEGAL (1988): *Drugs and Behavior*; NEY y GALE (1989): *Smoking and human behavior*; SCHLIT y GOMBERG (1991): *Drugs and behavior*, BAER, MARLATT y MCMAHON (1993): *Addictive behaviors across the life span*.

Ahora bien, todos los autores citados y la mayoría de los que definen la drogodependencia como conducta especifican (o lo dan por supuesto, pero implícitamente lo admiten) que se trata de una conducta especial, una conducta anormal, desviada, trastornada, alterada, de-

sajustada, desadaptada; como trastornos de conducta, conducta anormal y conducta desviada (y otros términos semejantes) son prácticamente sinónimos, nosotros vamos a utilizar preferentemente el término "conducta desviada".

Existen diversos criterios para distinguir la conducta desviada de la conducta normal: el estadístico (desviación de la norma, de la media), sociocultural (falta de conformidad social, *rechazo*), legal (se define indirectamente por sus consecuencias: lleva a la incapacidad, a la irresponsabilidad, a la reclusión), ético (falta de ajuste a las normas o leyes éticas, morales, religiosas) y funcional (implica un rendimiento imperfecto y limitado, una deficiencia o carencia, un deterioro).

En casos extremos, puede utilizarse eficazmente un solo criterio; en casos limitrofes, se requiere la convergencia de varios criterios.

La desviación ha sido conceptualizada de muy diversas maneras, algunas obviamente equivocadas, como considerarla como heredada, como irracional, como absolutamente rechazable, como fija e inmodificable, y otras que pueden aceptarse o no en forma alternativa: la desviación es un hecho intrínsecamente real, objetivo y producido por causas (también reales y mecanicistas), o bien la desviación es una etiqueta subjetiva que depende de un acto voluntario, intencional y que tiene un importante componente social puesto que termina definiéndose por consenso (sobre la desviación, véase CLIMARD, 1964; SARASON, 1972; GIBBONS Y JONES, 1975; DAVISON y NEALE, 1980; COLEMAN *et al.*, 1984; THIO, 1983).

Nosotros propondríamos, para concluir, que una conducta fuera clasificada como desviada únicamente en el caso de que se dieran concurrentemente estos tres rasgos: 1) un alejamiento significativo de las normas (estadísticas, sociales, éticas, etc.), rasgo que es necesario, pero no suficiente, 2) falta de flexibilidad adaptativa, y 3) progresiva circularidad autolimitativa, rasgos que tienen el denominador común de ser disfuncionales. Naturalmente, como en todos estos conceptos, en sus bordes nos encontramos con paradojas y dificultades; por ejemplo, el caso del individuo que en vez de adaptarse al sistema, lo intenta cambiar, o el caso de la autolimitación que plantea el problema de la reversibilidad y, por tanto, la posibilidad de normalización, lo que a su vez limita la autolimitación.

En esta concepción, la drogodependencia constituye una conducta —consumo de drogas— que se aleja de la norma en todos los parámetros y dimensiones (en dosis y frecuencia, en la dimensión social, cultural, psicológica, ética, incluso biológica), que puede ser intencionalmente adaptativa pero, a la larga y básicamente, es desajustada y maladaptativa, y que progresa encerrándose en el círculo de la intensificación creciente y la repetición incansable, limitando cada vez más las perspectivas vitales.

La drogodependencia como conducta normal

Existen autores que defienden explícitamente esta posición, pero además existe un movimiento que podríamos calificar alternativamente de radical, de salvajemente liberal o de

nihilista (y que se suele autoproclamar como progresista) que lleva implícito el reconocimiento de la drogodependencia como una conducta normal, frente a la que sólo cabe dejar al sujeto que la controle o des controle a su libre arbitrio.

Estos autores tienden a considerar que el consumo de drogas es la norma, que tal conducta no debe distinguirse de otras semejantes, como la conducta sexual, el manejo del dinero, la conducta laboral, etc., etc., y que los efectos de la adicción no son peores que los del tráfico y de muchas actividades etiquetadas como normales.

Un cierto fundamento a sus tesis encuentran en algunos enfoques científicos como, por ejemplo, en los conductistas para los que los mismos principios rigen tanto la conducta normal como la anormal.

Esta conceptualización es revolucionaria en el sentido de que, si se aceptase por las sociedades y gobiernos, habría que cambiar radicalmente leyes, normas administrativas, políticas y actuaciones. Es también la posición más optimista: no hay problema. Pero, sobre todo, es la que menos se ajusta a los datos reales y a las actitudes dominantes, porque éstas sí detectan un pavoroso y difícil problema, si encuentran diferencias y sí entienden que ha de actuarse energicamente. La razón definitiva contra la tesis de la normalidad se encuentra en el hecho de que, frente a los efectos devastadores de la droga, el drogodependiente no controla su conducta, no es "responsable" de ella y, por tanto, no es verdaderamente libre; en estas condiciones no se puede hablar propiamente de conducta humana normal.

La drogodependencia como una conducta desviada, pero cambiante e interactiva

De las tres categorizaciones examinadas hasta ahora, la que considera a la drogodependencia como una conducta desviada es la más convincente, la mejor fundada y la que permite una intervención más efectiva. Pero, a nuestro juicio, cabe mejorarla si la integramos en una categoría más amplia, la de conducta cambiante e interactiva. El eje de esta categoría es la conducta, la actividad, en cuanto secuencia de conductas, de actos a lo largo del tiempo. En esa dimensión temporal, la actividad no tiene por qué ser la misma, ni de la misma naturaleza, ni igualmente condicionada, ni produciendo siempre los mismos efectos; es una conducta cambiante a lo largo de un continuum que está puntuado, es decir, separado en tramos, fases o etapas, algunas de las cuales pueden estar encerradas entre paréntesis. También a lo largo de esa dimensión temporal el eje conductual se ve atravesado por vectores centrípetos y centrífugos que establecen una interacción dinámica con factores personales, sociales y ambientales y con efectos igualmente biológicos, psicológicos y sociales; en función de las conceptualizaciones que hemos tomado en cuenta, consideraríamos que en el eje conductual podrían representarse –al inicio– la conducta normal y –al término– la conducta desviada, interactuando esta conducta con una entidad distinta –la enfermedad– que puede relacionarse con la conducta en tanto que posible factor determinante o modulador y en tanto que probable efecto directo o indirecto.

La drogodependencia habría que categorizarla, pues, como el conjunto de esta actividad cambiante e interactiva que acabamos de describir: se inicia según patrones de conducta normales o cuasinormales y poco a poco se va transformando hasta terminar con patrones de conducta claramente desviados y anormales. Esta conducta puede ser afectada por enfermedades corporales y/o mentales y puede tener como efecto enfermedades corporales y/o mentales.

Definición de la drogodependencia

"Adicción" y "Toxicomanía" son términos que se han usado con frecuencia como sinónimos (BERGERET et al. 1988; FREIXA et al., 1981).

Después de treinta años de uso, se definió por la OMS (1957) contraponiendo la adicción a la habituación. La adicción incluye: 1) un deseo invencible o una necesidad compulsiva de consumir droga y a procurársela por todos los medios, 2) una tendencia a incrementar la dosis, 3) una dependencia psíquica y generalmente física respecto de los efectos de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. La habituación se caracteriza: 1) por el deseo, pero no la compulsión a tomar drogas, 2) por la poca o nula tendencia a incrementar la dosis, 3) por algún grado de dependencia psíquica, pero ausencia de dependencia física y, consecuentemente, del síndrome de abstinencia, y 4) por sus efectos nocivos principalmente para el individuo.

En 1965 la OMS definió la depen-

dencia como "un estado que resulta de la absorción periódica o continuamente repetida de una cierta droga" y en 1969 utiliza el término "farmacodependencia", definiéndolo como "un estado psíquico, y a veces igualmente físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una pulsión a tomar el medicamento de manera continua o periódica a fin de encontrar efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de la privación. Este estado puede estar acompañado o no de tolerancia".

El término "adicción" perdió fuerza por su amplitud (adicción a la comida, al juego, al trabajo, etc.) y por ciertas connotaciones morales, y lo mismo ha ocurrido con el término "farmacodependencia" por razones inversas, ya que reduce su ámbito al uso de fármacos y connota una exclusiva implicación con la perturbación de la neurotransmisión cerebral (NAHAS et al., 1988; SEGAL, 1988).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, elaborado por la American Psychiatric Association, en sus dos primeras ediciones parte del supuesto de la concurrencia de las adicciones y de los trastornos de la personalidad, distinguiendo entre alcoholismo y abuso de drogas. En su tercera edición (DSM III, 1980, trad. 1983) establece una categoría diagnóstica independiente, "trastornos por uso de sustancias", que unifica el alcoholismo y el abuso de drogas, pero que distingue –para la mayoría de las sustancias– entre abuso y dependen-

cia. El abuso de sustancias se define operativamente por estos tres criterios: "Patrón patológico de uso. Deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de la sustancia tóxica. Duración mínima del trastorno de por lo menos un mes". La dependencia de sustancias se define por la presencia de tolerancia o abstinencia. En el DSM IV (1994) se distingue entre trastornos por uso de sustancias (que son los que nos interesan aquí) y trastornos inducidos por sustancias. Lo esencial de aquéllos es un conglomerado de síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos indicadores de que el individuo continúa usando las sustancias a pesar de los significativos problemas relacionados con el uso (p. 176).

Incorporando dentro del concepto de drogodependencia el abuso y la dependencia, y subrayando su dimensión conductual, se ha definido como "los patrones de conducta socialmente adquiridos y aprendidos, mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológica" (MILLER y EISLER, 1981, p. 407), o como el "patrón conductual de uso de drogas caracterizado por una irresistible implicación en el uso de drogas, asegurándose de su provisión y con una fuerte tendencia a la recaída después de la abstinencia" (JAFJE, 1980) o como "el repetido uso de una sustancia y/o la implicación compulsiva en una conducta que directa o indirectamente modifica el medio interno de forma tal que produce refuerzo inmediato, pero con efectos nocivos a largo término" (POMERLEAU y POMERLEAU, 1987). Véase, para más detalles sobre

la naturaleza de la drogodependencia, BABOR (1990).

Nosotros definiríamos la drogodependencia como "una actividad de continuo y progresivo consumo de drogas que, a lo largo del tiempo, y gracias a fenómenos como la tolerancia, el anhelo y el síndrome de abstinencia, se convierte en una actividad autolimitativa, desviada y nociva para el sujeto y para la sociedad".

Multideterminación de las drogodependencias

Durante mucho tiempo se han buscado explicaciones reduccionistas del fenómeno de la drogodependencia, entre ellas las de naturaleza sociocultural, pero hoy día es prácticamente unánime el acuerdo sobre su carácter multideterminado y, por tanto, sobre la necesidad de teorías y modelos multidimensionales, todos los cuales incluyen una dimensión o un componente sociocultural. Pero, tanto unas como otras subrayan el papel que juega en la adquisición de las drogodependencias la interacción entre el sujeto y el contexto social, así como la importancia que en la intervención sobre ellas desempeña el cambio social y la modificación de dicha interacción, lo que constituye un objeto propio del Trabajo Social.

Modelos y teorías reduccionistas de orientación sociocultural

Como ocurre casi siempre, las primeras teorías han sido de carácter reduccionista, pero, dada la compleji-

dad del fenómeno, nada tiene de extraño que se hayan diversificado extraordinariamente. Las hay de carácter biológico (genéticas, fisiológicas, bioquímicas), de carácter intrapsíquico o psicodinámico (con toda la variedad que implica la multitud de escuelas y orientaciones psicoanalíticas, psicodinámicas y humanísticas), de carácter psicológico (tanto conductistas, como cognitivas, como cognitivo-conductuales, como psicosociales, aunque estas últimas ya tratan de superar el estrecho reduccionismo de las anteriores) y de carácter sociocultural, que son las únicas que vamos a tratar aquí, porque son las teorías y modelos que se centran sobre la dimensión social de las drogodependencias, que es precisamente lo que queremos subrayar, aunque reconozcamos sus limitaciones en tanto que son también orientaciones reduccionistas (LETTIERI y SAYERS, 1980; MILKMAN y SHAFFER, 1985; MAYOR, 1991).

El paradigma sociocultural de la drogodependencia se construye en torno a un núcleo básico que puede formularse en términos tales como que los factores socioculturales son decisivos en la adquisición, en el desarrollo y en el tratamiento de la drogodependencia, relegando a un papel marginal o subsidiario o, incluso inexistente, el factor droga o el factor psicológico. A su vez, tales factores socioculturales pueden ser genéricos, como las condiciones sociales o las culturales o las de ciertos subgrupos sociales o las que regulan las relaciones familiares o interpersonales, o pueden ser específicos, como las relacionadas con el interaccionismo simbólico, el etiquetado

social, la mediación social del proceso, la desviación de la norma, etc. Acompañando a este núcleo forman parte del paradigma una serie de supuestos, de componentes teóricos, de procedimientos y métodos que suelen ser dominantes en las disciplinas que pudiéramos denominar sociales, desde la macrosociología a la microsociología, desde la antropología cultural a la psicología social.

A) Una de las primeras teorías claramente sociales de la drogodependencia es la teoría de la anomia de LINDESMITH y GAGNON (1964), que popularizaron y generalizaron MERTON (1968) y CLIMARD (1964) con su *Anomie and Deviant Behavior*. según ella, los individuos usan las drogas porque son incapaces de lograr sus fines, tanto por medios convencionales, como por medios ilícitos y, a pesar de su fracaso, siguen deseando esos objetivos; planteada en esta forma, fue presa de numerosas críticas habida cuenta de que muchos drogodependientes son en realidad doblemente exitosos en relación con el objetivo de consumir drogas y obtener el dinero necesario para ello.

B) Una de las más prestigiosas teorías socioculturales es la de BECKER (1953, 1963, 1981), que trata de explicar por qué las drogas tienen determinados efectos sobre el usuario; tales efectos dependen más de como el sujeto los define, interpreta y denomina que de la acción fisiológica de las drogas. En primer lugar, muchas drogas producen una gran diversidad de efectos que el usuario puede singularizar, desconocer o atribuir a otras causas; en segundo lugar, los efectos de una

droga pueden ser experimentados de forma diferente por diferentes personas en distintos momentos en función de que se preste atención o no a unos u a otros; en tercer lugar, el uso recreacional está dirigido a alcanzar un determinado estado subjetivo que probablemente se desvía de las percepciones o interpretaciones convencionales de la experiencia; en cuarto lugar, cómo un individuo experimente los efectos de una droga depende en gran medida de la forma en que los otros definen aquellos efectos (BECKER, 1981). Los efectos pueden ser negativos (episodios psicóticos) o positivos (experiencias placenteras); en una sociedad antidroga, la experiencia inducida por la droga se define en términos de sus efectos negativos, lo que lleva, a través del mecanismo de la profecía autocumplida, a que los usuarios sólo experimenten esos efectos negativos; en una sociedad que usa drogas como parte de su propia cultura se define la droga por sus efectos positivos y, consecuentemente, los usuarios gozan de experiencias positivas y eluden las negativas (manejando apropiadamente las dosis, enfrentándose adecuadamente a estos efectos, etc.).

C) La teoría del etiquetado puede ser considerada como una teoría de la desviación social en cuanto que la conducta es etiquetada como desviada cuando no es socialmente aprobada o tolerada; SEGAL (1988, p. 191) la resume diciendo que "la naturaleza de una conducta determinada –desviada o normal– es un asunto de definición social"; cuando a los drogodependientes se les clasifica como desviados, se les fuerza a que activen su papel de

desviados y a que esa desviación sea el núcleo principal de su identidad personal y social (JAMIESON *et al.*, 1984). Esta teoría ha buscado alianzas con la teoría del aprendizaje y está enfrentada a la difícil tarea de explicar por qué unas personas son más vulnerables a las etiquetas que otras y por qué existen a lo largo del tiempo diferentes patrones de uso de drogas y de actitudes frente a ellas (SEGAL, 1988; WINICK, 1986).

D) La teoría denominada de la asociación cognitiva (LINDESMITH, 1947) se centra en la explicación de por qué en unos casos la repetida administración de opiáceos produce dependencia y en otros casos no; el factor que explica este efecto diferencial es el conocimiento o la creencia de la persona concerniente a la naturaleza del malestar que acompaña a la retirada de los opiáceos; ese conocimiento, actitud o creencia se extrae del medio social; cuando se establece conscientemente conexión entre el malestar de la retirada y el uso de la droga para aliviarlo, indefectiblemente se llega a ser adicto; si se fracasa en establecer esa conexión se evita la dependencia; la drogodependencia se produce, pues, en el nivel simbólico; por ello, los animales, los niños, los deficientes mentales y los locos son inmunes a la adicción, porque no comprenden el significado del síndrome de abstinencia.

E) THIO (1983) en su *Deviant Behavior* propone una nueva teoría para explicar la desviación basada en la desigualdad social: los sujetos poderosos y los sujetos carentes de poder difieren en el tipo de conducta desviada (los poderosos tienen más oportunidades

de desviación, experimentan una *deprivación subjetiva mayor* y se enfrentan a un menor control social, por lo que tienen más probabilidades de implicarse en actividades desviadas que los sujetos carentes de poder), pero existe una relación simbiótica entre la desviación de aquéllos y la de éstos. Los adultos poderosos están más implicados en el uso de drogas legales y los jóvenes sin poder usan sobre todo drogas ilegales; las drogas ilegales usadas por los jóvenes son condenadas por los padres, lo que les sirve de coartada para seguir utilizando drogas legales.

F) Frente a estas teorías sociales, que pueden considerarse clásicas, han proliferado multitud de teorías que cabe incluir dentro del paradigma sociocultural (LETTIERI *et al.*, 1980; SHAFFER y BURGLASS, 1981; SEGAL, 1988) y que siguen siendo básicamente reduccionistas; tales son, por ejemplo, las que desplazan el foco de explicación de la drogodependencia hacia las relaciones interpersonales; las que se orientan hacia lo ecológico y sistemático, como la teoría ambiental, que sostiene que el contexto personal y social es determinante de la manera en que se usa la droga y en que se experimentan sus efectos, o, como la teoría sistémica, que considera a la familia del drogodependiente como el sistema en el que tienen que producirse los desequilibrios o equilibrios que llevan a la dependencia o la liberación de la misma; y las que se organizan en torno a conceptos como culturas y subculturas, tales como las que derivan de la antropología cultural, que conciben la drogodependencia como resultado de la tecnología

humana, de sus patrones de consumo y de su propagación a través de la población, o las que explican el uso de la droga en función de los valores específicos y de las normas de conducta que gobiernan ciertos subgrupos que crean sus propias subculturas.

Modelos y teorías multidimensionales. La dimensión del contexto social

En tres direcciones principales se orienta la nueva mentalidad: 1) Hacia la integración de diferentes dimensiones, factores y variables, unas veces en torno a la tríada de droga, persona y ambiente, y otras en torno a las tres dimensiones biológica, psicológica y social; 2) hacia la conceptualización de la drogodependencia como un proceso, no sólo de adquisición, sino también de mantenimiento y extinción; y 3) hacia la incorporación al concepto de drogodependencia de la problemática que plantea el afrontamiento del sujeto —previo, simultáneo y posterior— respecto del uso, abuso y dependencia de la droga, así como la intervención difusa o específica del entero sistema social en que está inmerso.

Nosotros hemos propuesto un modelo multidimensional y sistémico (MAYOR, 1993) que articula las tres perspectivas clásicas —estructural, funcional y procesual— y que incorpora la multideterminación biológica, psicológica y social en torno a los tres factores de riesgo básico —sujeto, contexto y droga—, a la toma de decisión (respecto de consumir o no consumir droga) y a los efectos reforzantes (positivos y negativos) y aversivos que produce el consumo. Un diagrama de

este modelo puede verse en la figura 1.

Dejando a un lado las otras dimensiones, nos centraremos aquí en la dimensión del contexto, que es un factor de riesgo y cuya reducción es, a la vez, un objetivo de la intervención; factor de riesgo y objetivo que justifican el que las drogodependencias se constituyan en un objeto propio de la indagación y de la praxis profesional del trabajador social.

El sujeto no actúa encerrado en una morada hermética, sino en una "situación", un "ambiente", un "contexto" determinado. Estos términos y otros como "campo", "horizonte" o "circunstancia" han sido utilizados con frecuencia como aproximadamente sinónimos para referirse a lo que rodea al sujeto –temporal, espacial, psicológica, socialmente– cuando lleva a cabo una actividad. Hemos preferido el término "contexto" porque abarca, tanto la situación –que es más concreta–, como el ambiente –que es más genérico–, tanto los elementos de la misma, como de distinta naturaleza, que los que componen la actividad, y porque la conceptualización del contexto ha alcanzado en el pensamiento y en la ciencia contemporáneos un notable desarrollo.

El papel determinante del contexto (del ambiente) ha sido siempre reconocido, aunque se ha discutido el alcance del mismo: para los ambientalistas y los contextualistas, la conducta viene determinada exclusivamente por las fuerzas del entorno; otros, por el contrario, reducen su papel a mero desencadenante o simple modulador de la actividad de los organismos, que dependen básicamente de factores endó-

genos. Hoy, la eterna polémica entre herencia y ambiente, entre endogenismo y exogenismo, aparece amortiguada porque se ha ido imponiendo cada vez con más claridad que la conducta de un sujeto depende, tanto del sujeto, como del contexto (ambiente) y, sobre todo, de la peculiar interacción entre ambos; en nuestro caso, las teorías psicológicas de la drogodependencia primaban los factores endógenos, mientras que las teorías sociológicas daban prioridad a los factores exógenos; pero hoy existe una amplia coincidencia sobre las ventajas de las teorías multidimensionales que destacan además la interacción entre los diversos componentes o dimensiones.

Dos ideas fuerza se deducen de lo que acabamos de señalar: que el contexto (el ambiente, el entorno, la situación) incorpora factores de riesgo en relación con el consumo, el abuso y la dependencia de drogas, y que tales factores sólo son efectivos en tanto resultan de la interacción entre el sujeto y el contexto.

El contexto es un marco para la acción, para cualquier proceso psicológico o para cualquier estructura; lo mismo abarca la secuencia de conductas anterior y posterior a la conducta objeto de consideración que la visión del mundo que posee el hombre, lo mismo se incluye la dimensión del entorno físico que la del clima cultural. Nosotros vamos a seleccionar los tres tipos de contexto que nos parecen más relevantes en el campo de la drogodependencia: el *contexto ambiental* –definido por las dimensiones de la realidad física, del espacio y del tiempo–, el *micro-sistema contextual* –que abarca los

grupos reducidos formales o informales, en relación con los cuales se produce la mayor parte de la actividad de los individuos y de sus interacciones con otros individuos (familia, amigos, pareja, escuela, trabajo, prisión) y las diferentes situaciones—, y el *macrosistema contextual*—que incluye la pertenencia a grandes colectivos (etnias, clases sociales, profesiones, cohortes generacionales), las instituciones y organizaciones, la estructura y funcionamiento político-socio-económico de las diversas sociedades (locales, regionales, internacionales), así como las diversas culturas y subculturas.

La mayor parte de las investigaciones sobre los factores ambientales se centran en algunos de los que acabamos de citar, aunque en ocasiones se incluyen factores que son propiamente psicosociales y psicológicos; veamos cómo se categorizan dichos factores ambientales en una muestra representativa de 16 investigaciones (analizadas por SADAVA, 1987): físico-ambientales (vecindad, residencia de padres), microcontextuales (escuela, familia, trabajo, grupos, "iguales"), macrocontextuales (etnias, demografía, socioeconomía, oportunidades y restricciones), pero también incluyen la personalidad de los padres, los estresores, el rechazo social, las relaciones debilitadas, la amistad, normas, valores y modelos, que pueden ser considerados factores contextuales tanto como psicosociales o incluso psicológicos. En estos últimos se pone especialmente de relieve, pero también es válido para todos los factores contextuales, la importancia decisiva que tiene su interacción con los factores del

sujeto; con lo que nos encontramos de nuevo con la necesidad de recurrir a la perspectiva interaccionista como la única válida para abordar el estudio de conductas tan complejas como el consumo de drogas, especialmente en casos de abuso y dependencia. En efecto, el contexto en sí mismo no explica la conducta, aunque contribuye a dotarla de significado; el contexto opera sobre las variables del sujeto modificándolas o modulándolas, pero sobre todo interactúa con ellas, siendo la conducta el resultado de dicha interacción persona-ambiente. Sobre la influencia de los factores contextuales en la vulnerabilidad de los sujetos al abuso de drogas, véase GLANTZ y PICKENS (1992).

Concretaremos brevemente la importancia de los microcontextos y de los macrocontextos sociales.

Microcontextos sociales

El estudio de la influencia de los microcontextos sociales en el consumo y dependencia de drogas se ha caracterizado por su indefinición e imprecisión; por ejemplo, es una descripción standard definir como predictores de este tipo el consumo por los padres y por los iguales, la delincuencia, la pobre autoestima, las sociopatías de los padres, la falta de conformidad social y los cambios vitales estresantes (SADAVA, 1987; MARTATT *et al.*, 1988); en realidad, algunos de estos predictores son características de la personalidad o de la conducta o la cognición psicosocial. Nosotros vamos a considerar aquí a los verdaderos microcontextos sociales.

A) Factores familiares

Entre los factores genéricos familiares hemos de mencionar las características psicosociales de los padres y hermanos y la estructura y dinámica familiar (que naturalmente incluye las relaciones entre los miembros de la familia y el sujeto en cuestión). Entre los factores específicos destacan el consumo de drogas por padres y hermanos, las actitudes de estos respecto de la droga y, en casos extremos, la existencia de una "familia drogadicta" (la más estudiada ha sido la "familia alcohólica"). Una variante de esta estructura familiar intergeneracional es la de la estructura familiar intrageneracional (institucionalizada en el matrimonio u organizada en torno a una relación de pareja más o menos estable).

Se ha estudiado la influencia de algunas características de los padres sobre el futuro consumo de drogas de los hijos, pero los resultados más consistentes apuntan a que sólo son relevantes algunas características, en cuanto percibidas por los hijos, y otras, en cuanto que afectan a las interrelaciones con ellos y con la familia entera; se considera como un factor de riesgo el que los hijos perciban a los padres como fríos, indiferentes, controladores y entrometidos; se ha encontrado correlación entre el consumo de drogas de los hijos y el exceso de los padres, tanto en sus actitudes y comportamientos permisivos como rígidamente estrictos; también se ha constatado la influencia de la falta de confianza de los padres en su rol, el mantenimiento de tipos de disciplina inconsistentes, la escasa o deficiente comunicación y la combinación de la sobreprotección de

un padre con el desinterés del otro (BROOK *et al.*, 1983; KOSTEN *et al.*, 1984).

La estructura y dinámica familiar ha sido objeto de especial interés en este campo, porque constituye la matriz básica del proceso de socialización y porque de una forma u otra –positiva o negativamente– está relacionada con el consumo, el abuso y las posibilidades de rehabilitación efectiva.

Ahora bien, la institución familiar ha evolucionado notablemente y muchos hablan de crisis de la familia e, incluso, de inexistencia de la familia, proceso que ha servido en ocasiones como marco y en otras como explicación del incremento de la drogodependencia (GULOTTA, 1982; CARBONETTI y MOLO-BETTELINI, 1983; PEIRONE, 1987); si a esto se añaden ciertas concepciones sistémicas de la adicción, según las cuales la droga es un factor de estabilización (ALEXANDER y DIBB, 1975) o de equilibrio homeostático del sistema familiar (STANTON y TODD, 1985), estaremos en condiciones de afirmar que la relación global entre familia y drogadicción es sumamente compleja, en ningún modo reduccionista o lineal.

Como factores del sistema familiar que han sido repetidas veces correlacionados con el consumo y abuso de drogas hemos de destacar (a) las relaciones afectivas y comunicativas –a menos apego, menos comunicación y más conflictos corresponde una mayor probabilidad de consumo y abuso de drogas (BROOK *et al.*, 1983; KOSTEN *et al.*, 1984)–, y (b) el sistema disciplinar y de supervisión –a mayor inconsistencia en los patrones de

control, supervisión, recompensa y castigo, mayor propensión al abuso de drogas; a mayor discrepancia entre la sobreprotección de un padre y el desinterés del otro, mayor correlación con el uso de drogas (HARBIN y MAZTAR, 1975; BLECHMANN, 1982).

Naturalmente los factores familiares más importantes son los específicamente relacionados con las drogas: consumo y actitudes. El consumo de drogas por parte de los padres influye de forma importante a través de la observación y el modelado (BANDURA, 1969) en el consumo de los hijos (TUDOR *et al.*, 1980; STONE *et al.*, 1974; CARROLL, 1989).

B) Factores grupales

Es bien sabido que el mayor riesgo de consumo de drogas se produce en la etapa de la adolescencia; en esta etapa de la vida cobran una especial importancia los grupos de amigos, de pares, de iguales que contribuyen decisivamente al proceso de socialización —alejamiento de la familia, aproximación y enfrentamiento con la sociedad, adquisición de roles vinculados al proceso de identificación—; nada tiene de particular, pues, que ejerzan una gran influencia sobre las actitudes y comportamientos de los adolescentes; esto incluye naturalmente el consumo de drogas. Se afirma con fundamento que el consumo de drogas está inducido socialmente por los amigos, compañeros o miembros del grupo al que se pertenece (BROOK *et al.*, 1983); en efecto, el mejor predictor del consumo de drogas futuro es el previo consumo por parte de esos amigos.

El mecanismo es relativamente simple, pero poderoso: el sujeto ado-

lescente tiene necesidad de apego y de pertenencia a un grupo en el que busca aprobación y en el que se abre a los demás al mismo tiempo que construye una identidad; el grupo es un *locus* privilegiado, por tanto, para establecer patrones de conducta, conformar actividades y definir valores (hacia dentro del grupo, fortaleciéndolo; hacia la sociedad externa, enfrentándose a ella); la droga adquiere en este contexto un carácter instrumental para facilitar y estrechar las relaciones, para satisfacer las necesidades de aventura, de descubrimiento, así como de rebeldía y diferenciación.

Este mecanismo explica que los consumidores de drogas ilegales hayan sido previamente sujetos con escasa integración social, con casi nula participación en tareas colectivas o en una vida asociativa compleja, pero, en cambio, son los que tienen mayor nivel de integración en grupos primarios como el grupo de los iguales. Se ha constatado que la pertenencia de un adolescente a un grupo que consume droga o que tiene una actitud favorable al consumo hace que las probabilidades de consumir droga sean muy superiores que si pertenece a un grupo que no consume o que no aprueba tal conducta (KANDEL *et al.*, 1978).

Existen, sin embargo, diferencias importantes entre los grupos de iguales según el contexto socioeconómico en que surgen: grupos de jóvenes marginales, de adultos marginados, de clase obrera, de clase media baja, de clase media y de clase alta (RODRÍGUEZ CABRERO, 1988); de entre ellos, son grupos de especial importancia los marginales, que con frecuencia están

implicados en actividades delictivas y, muy en particular, en las del pequeño tráfico de droga.

Este factor de riesgo, la pertenencia a un grupo que consume o aprueba el consumo de drogas, se ha tratado de explicar por la hipótesis de la presión del grupo atribuyéndole a ésta connotaciones negativas; sin embargo, esta concepción standard debe ser sometida a una revisión más cuidadosa en una doble dirección. Se han de separar las situaciones en que efectivamente se ejerce esa presión de aquellas otras en que la influencia del grupo se produce sin presión como consecuencia de la mera convivencia, del hacer cosas juntos, de la propia dinámica de la amistad; GLASSNER y LOUGHLIN (1987) creen que los factores decisivos son la semejanza percibida, las actividades compartidas y recíprocas y la confianza y expresión abierta de sentimientos, de tal forma que la primera vez que se consume droga, lejos de producirse por la presión intencional, tiene lugar como consecuencia de un evento intrascendente no planeado, en el contexto de las actividades ordinarias del grupo. La otra línea en la que se ha de investigar, una vez reducidos a sus justos límites la presión del grupo, es la de las posibilidades de una presión con connotaciones positivas –presión para no consumir droga, para crear opiniones y actitudes contrarias– y, sobre todo, de modificar la dirección de la presión –de favorable a desfavorable al consumo.

C) Factores ocupacionales

Existen dos contextos en que se realiza una buena parte de la actividad diaria a lo largo de importantes períodos de la vida: el contexto escolar (du-

rante la infancia y adolescencia) y el contexto laboral (durante la edad adulta). Como es natural, estos contextos ejercen su influencia sobre la conducta y actitudes de los sujetos que conviven en ellos. Ambos, por razones diversas, son contextos que han sido considerados factores de riesgo del consumo y abuso de drogas; no por supuesto en todas las circunstancias y condiciones, sino solamente cuando en ellas se producen determinadas disfunciones.

En el contexto educativo, factores que se han utilizado con frecuencia como predictores del consumo de drogas son la insatisfacción escolar, el fracaso escolar, el comportamiento problemático y conflictivo, la escasa o nula aceptación de las normas, el alto nivel de consumo por parte de los profesores, su actitud ambivalente o favorable a las drogas, la escasa información de los profesores sobre el problema de la droga, los propios problemas psicológicos de los profesores y el escaso contacto entre profesores y alumnos.

En relación con el contexto laboral, cabe hacer una doble consideración en la línea de lo que venimos haciendo respecto de otros factores. Existen factores laborales genéricos que, en interacción con otros factores, pueden influir en el consumo de drogas; los más importantes son el tipo de trabajo automatizado, monótono o estresante, que en las sociedades industriales y postindustriales está tan generalizado, y la ausencia de trabajo o inseguridad en el empleo; ambos factores, la insatisfacción en el trabajo y el paro correlacionan con el consumo de todo tipo de drogas.

Existen, por otra parte, algunos

factores específicos relacionados con el trabajo que llevan a cabo algunos profesionales; entre ellos destaca como factor específico de riesgo importante el de las profesiones sanitarias.

Como contexto ocupacional habría que incluir también el contexto de ocio, que tanta importancia ha adquirido en la sociedad contemporánea. Si la persona es madura y está bien integrada social y laboralmente, sus actividades en tiempo de ocio cumplirán funciones de descanso y de enriquecimiento; pero si la persona no es suficientemente madura y no está bien integrada social y laboralmente, el tiempo de ocio se convierte en un serio factor de riesgo del consumo de drogas al buscar en ellas un escape o una compensación, aunque a la postre resulte estéril.

Factores macrocontextuales

La gran variabilidad que se observa en los patrones de uso y abuso de las diferentes drogas a lo largo del tiempo y a lo ancho de las distintas etnias, sociedades y culturas constituye la prueba de que existen factores de riesgo de tipo sociohistórico, político-económico y cultural, en ocasiones de efectos difusos y en otras de efectos tan precisos como potentes.

La mayor parte de estos factores macrocontextuales son genéricos en la medida en que afectan a todos los miembros de los grandes grupos —generaciones, sociedades, clases sociales, grupos minoritarios incrustados en otros mayoritarios—; se trata de rasgos y características, de procedimientos de difusión de la información, de actitudes y valores generalmente aceptados, de

condiciones de vida y patrones de conducta que favorecen socialmente el consumo de drogas al modo que el caldo de cultivo o el clima favorecen física y biológicamente el nacimiento y desarrollo de organismos y plantas. Algunos de estos factores, aún siendo genéricos, afectan diferencialmente a los individuos, tal es el caso de la inadaptación social o de las dificultades económicas o la emigración.

Dejando a un lado los factores históricos y refiriéndonos a los factores que se dan en las sociedades contemporáneas, se observan diferencias importantes en las sociedades desarrolladas —industriales y postindustriales— y en las sociedades subdesarrolladas —preindustriales—, en las distintas razas y pueblos —no consumen lo mismo los orientales que los occidentales, los árabes que los judíos o los negros, afectando a la variabilidad toda clase de combinaciones (por ejemplo, no consumen lo mismo los negros africanos que los negros norteamericanos)—, y en las distintas culturas —que a veces se solapan con los anteriores y a veces constituyen subgrupos de los grupos antes citados.

En las sociedades occidentales, más o menos desarrolladas, el contexto general se caracteriza: (a) por la gran disponibilidad de drogas (gran variedad y gran facilidad de acceso); (b) por la existencia de una sociedad pasiva y planificada que deja al individuo indefenso; (c) por un estilo de vida y de trabajo dominados por los acicates de la productividad, competitividad y consumismo que segregan tanto el gregarismo como la marginación, tanto bolsas de lujo como bolsas de pobreza;

(d) por el estrechamiento de horizontes y el aplanamiento axiológico que conduce a un sistema de preferencias inmediatas y hedonistas dominado por la mediocridad y la esterilidad o por la su-
pravaloración gratuita.

Estos y otros muchos descriptores semejantes de nuestra sociedad actual se han relacionado con frecuencia con el incremento y la difusión del consumo de drogas que se ha producido en las últimas décadas; la mayor parte de las veces se trata de análisis y reflexiones de sillón o resultado de grupos de discusión —más o menos académicos, más o menos serios, más o menos ideologizados—; pero existen estudios documentados que apoyan en líneas generales esta caracterización del fenómeno.

Como ejemplo de la variabilidad en el consumo y el abuso de drogas que introducen estos factores macro-contextuales (de grandes grupos) se ha constatado: que las mujeres tienen más propensión a consumir barbitúricos, mientras que los hombres tienen preferencia por el alcohol (GLATT, 1974); que los adultos, detentadores del poder, consumen más drogas legales, mientras que los jóvenes, carentes de poder, consumen más drogas ilegales (THIO, 1983); o que los ricos y ejecutivos consumen más cocaína y los pobres y marginales tienden a consumir más heroína.

Entre los factores macrocontextuales de carácter específico destacaremos tres: (a) la existencia de subculturas de la droga, (b) la existencia de sanciones sociales y penales que conllevan efectos de estigmatización y (c) la existencia del tráfico de drogas con

importantes repercusiones económicas a muy diferentes niveles.

Intervención en las drogodependencias

Consecuente con el concepto de drogodependencia como fenómeno complejo y multidimensional, y con su carácter multideterminado, el concepto de intervención, superando los enfoques reduccionistas del tratamiento médico, de la psicoterapia y de la modificación de conducta, incluye, organiza y sistematiza toda acción del propio sujeto drogodependiente, de los profesionales y paraprofesionales, de instituciones e, incluso, del Estado, que esté orientada a eliminar o reducir las causas y los efectos de la drogodependencia.

El concepto de intervención es, pues, también de naturaleza multidimensional, multidisciplinar (multiprofesional) y multiparadigmático, siendo obligado que todas estas dimensiones, aportaciones disciplinares y paradigmáticas se articulen desde un punto de vista, tanto teórico, como profesional, para que la acción desplegada sea comprensible y eficaz.

En otros lugares (MAYOR, 1991, 1993) hemos presentado un modelo multidimensional y sistémico de intervención que reúne estas características y que se articula en torno a la actividad de los sujetos agentes y pacientes (individuales y colectivos, orientada hacia las conductas y los contextos), cuyos objetivos son la supresión del consumo de droga o su control (a la vez que la normalización y la optimización, que la adaptación al sistema y la modificación

del mismo), y que consiste en acciones para cambiar (el consumo) y para mantener (la abstinencia) (heterodirigidas y autodirigidas, reforzantes –liberadoras– y aversivas –restrictivas–). Esta intervención articula los diferentes niveles –biológico, psicológico y social–, toma en cuenta los distintos factores de riesgo –del sujeto, de la droga y del contexto–, así como los recursos del sujeto para hacer frente a estos riesgos y para tomar decisiones –cognitivos, afectivos, motivacionales, interactivos– y los efectos –reforzantes positivos y negativos, y aversivos–, combina los procesos de evaluación y las estrategias de intervención que llevan a cabo los sujetos agentes con los procesos de afrontamiento y transformación –cambio– que llevan a cabo los sujetos pacientes, se desarrolla en tres fases fundamentales –prevención, intervención propiamente dicha (en crisis y para el mantenimiento de la abstinencia) y reinserción–, y utiliza todos los recursos, métodos y técnicas disponibles y debidamente contrastados –biofarmacológicos, conductuales, cognitivos, psicosociales y socioculturales.

Si repasamos esta breve enunciación de las características de la intervención, observaremos que el papel del trabajador social es tan importante y tan imprescindible como el de cualquier otro profesional médico, psicólogo, educador, jurista, etc. Recordemos, por ejemplo, los sujetos agentes y pacientes, que son a la vez individuales y colectivos y cuya actividad está orientada hacia las conductas y los contextos; en los sujetos agentes colectivos –muchas veces de carácter multiprofesional– están incluidos los trabajadores sociales; en el manejo de sujetos pacientes colectivos

–grupos, comunidades– se requiere de manera obligada la participación de los trabajadores sociales; si la actividad de los sujetos que intervienen se orienta hacia las conductas y los contextos, así como a la interacción entre conductas y contextos, al ser los contextos sociales los más relevantes para el fenómeno de la drogodependencia, la tarea se define como propia de los trabajadores sociales –aunque no sea en exclusiva–. Recordemos también el nivel social de intervención, el objetivo de reducir el factor de riesgo del contexto social y la necesidad de incrementar los recursos del sujeto, entre los que están los de naturaleza interactiva y psicosocial, y llegaremos a la conclusión de que el papel del trabajo social en la intervención en las drogodependencias está firmemente asentado se tome en consideración el nivel, la dimensión o la modalidad de actuación que se tome; eso sí, nunca será esta tarea de intervención una tarea en exclusiva del trabajador social, como tampoco de ningún otro profesional.

Fases del proceso de intervención

Para ilustrar cómo ha de estar presente el Trabajo Social en las tareas de intervención sobre drogodependencias, comentaremos brevemente las tres fases del proceso: prevención, intervención propiamente dicha y reinserción. La simple descripción de estas fases pone de relieve la pertinencia de la actuación del trabajador social.

Prevención

La prevención es la primera de las fases y, si tiene éxito, el único tipo de

intervención; por esto mismo es la intervención más importante y decisiva. Hablan a favor de la prevención dos hechos significativos: (a) puede aplicarse masiva y no sólo individualmente y (b) evita la espiral de crecientes trastornos, dificultades y sufrimientos propios de la drogodependencia. Presenta dos grandes inconvenientes: (a) la amplitud de factores de riesgo a los que se orienta correlaciona negativamente con la potencia y eficacia de la intervención, y (b) no permite un fácil control del proceso, ni de los resultados.

La prevención de que aquí hablamos corresponde a la prevención primaria de Caplan, que ha sido adoptada como tal por la O.M.S. y por una amplia generalidad de teóricos y profesionales.

En nuestro modelo, el objetivo de la prevención (como el de toda intervención) puede reducirse a disminuir las demandas, que para el sujeto constituyen los factores de riesgo, y a incrementar los recursos del sujeto para hacer frente a esas demandas (MAYOR, 1991, 1993).

Reducir los factores de riesgo implica actuar sobre los sujetos, sobre la droga y sobre los contextos ambientales, tomando en cuenta todas las variables biológicas, psicológicas y psicosociales, disponibilidad de la droga, contextos físico-ambientales, familiares, grupales y macro-contextos socioculturales.

Incrementar los recursos del sujeto incluye la modificación en el sentido conveniente de creencias, actitudes y valores, el desarrollo de habilidades para el control emocional, cognitivo y metacognitivo y la facilitación de relaciones interpersonales familiares, gru-

pales y sociolaborales que resulten armoniosas, positivas y productivas.

En lo que se refiere a la droga, el proceso de prevención se basa en el control de la oferta (reducir o suprimir la disponibilidad de la droga): (a) se inicia con el control de la producción (medidas que gravan, dificultan o impiden la producción, que promocionan cultivos alternativos, que controlan los productos precursores, etc.), (b) se continúa con las medidas legales y reglamentarias que prohíben o controlan el tráfico y la difusión de la droga (disposiciones penales y administrativas) y (c) concluye con medidas policiales que incluyen el decomiso de la droga y la desarticulación de organizaciones de traficantes.

Este control de la oferta es un proceso sometido a intensos debates: los argumentos en contra de ese control descansan sobre la pretendida defensa de la libertad individual y la pretendida ineficacia del control (cuando no se considera contraproducente); los argumentos a favor se apoyan sobre la protección de la salud (y de la verdadera libertad que la droga anula) y sobre la pretendida eficacia (aunque limitada) de dicho control.

Al ser la prevención una intervención genérica y no individualizada (por lo menos en principio), el punto de referencia para organizar los procesos de prevención debería ser el contexto y no tanto el sujeto (en cuanto individuo). Por eso la prevención suele definirse en función del ámbito contextual en el que opera; así se habla de prevención educativa, prevención laboral o prevención social (o sociocultural), porque precisamente los contextos escolar, laboral y

social (que se define por el ámbito de influencia de los medios de comunicación de masas) son especialmente adecuados para llevar a cabo la prevención; al margen de estos contextos clásicos, resulta de especial interés definir como tales los que se pueden llamar "mundos adolescentes y juveniles": de contornos borrosos, pero de enorme influencia en el proceso de iniciación a la drogodependencia.

En todos estos ámbitos, con las naturales peculiaridades de cada uno de ellos, la prevención: (a) se inicia con la información, (b) se continúa con la modificación de creencias, actitudes y comportamientos y (c) se concluye con la implicación de los sujetos en opiniones y actividades incompatibles con (o que dificultan) los factores de riesgo, todo ello acompañado del desarrollo de habilidades de autocontrol. En este proceso de prevención, la lógica impone esta secuencia de subprocesos, pero las exigencias pragmáticas pueden permitir que se produzcan en paralelo o alterando el orden lógico, lo que quiere decir que no se trata de un proceso secuencial rígido.

Intervención propiamente dicha

La intervención propiamente dicha es la que se lleva a cabo en torno al consumo de droga –uso, abuso, dependencia– y va dirigida a dos objetivos que ya hemos mencionado al hablar de la intervención en general: (a) la supresión del consumo (la abstinencia absoluta) o (b) la reducción del consumo (el consumo controlado).

En este último objetivo, las fases progresivas de la drogodependencia

se convierten, al invertir las, en objetivos (si se pretende un consumo controlado); para el drogodependiente pasar –si fuera posible– de la dependencia al abuso sería un progreso y mucho mayor pasar al simple uso; igualmente ocurre cuando desde el abuso se pasa al simple uso.

En el primer objetivo, esta gradualidad carece de sentido, porque lo que se busca desde el primer momento es la supresión absoluta de la droga.

Existe, por otra parte, un objetivo, que en cierto modo habría que considerar espúreo, que consiste en sustituir una determinada sustancia por otra cuyos efectos son más benignos; desde el punto de vista de dichos efectos puede justificarse, pero, desde el punto de vista general de la drogodependencia, no se sale de ella.

Esta intervención, que podría caracterizarse como proximal, se define como tal también en función de la presencia de los sujetos agentes, de su proximidad e implicación en relación con el proceso y los drogodependientes.

La intervención proximal sigue un proceso que se ajusta al de la drogodependencia:

(a) Frente al simple uso, sólo cabe una intervención que podríamos llamar temprana (porque todavía no se ha desarrollado la habituación ni la dependencia) y que es una fase intermedia entre la prevención y la intervención subsiguiente; si se incluye dentro del proceso de intervención es porque está ligada al consumo (aunque sea solamente uso, es el primer paso para el abuso y la dependencia) y si considera que reúne algunas características de la

prevención es porque, respecto del abuso y de la dependencia, trata de conseguir que en el sujeto no se implanten tales patrones de consumo.

(b) Frente al abuso, la intervención proximal persigue suprimir ese abuso (reduciéndose al simple uso o volviendo a la conducta abstinentes). En las drogas que no crean dependencia en sentido estricto, este abuso es el grado máximo de drogodependencia (en ello consiste precisamente la drogodependencia); en drogas que producen dependencia el abuso es una etapa, aunque a veces es muy corta cuando la dependencia se implanta rápidamente. Esta intervención suele denominarse deshabitación porque se consideraban equivalentes el abuso y la habituación; la única dependencia que aquí se da es la llamada dependencia psíquica.

(c) Frente a la dependencia en sentido estricto, que incluye la dependencia psíquica, pero que se define por los rasgos propios de la dependencia física, es decir, por la presencia del síndrome de abstinencia, la intervención proximal persigue dos objetivos interrelacionados: suprimir o reducir el consumo de sustancias y suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia. Como acabamos de decir, existen drogas que no producen esta dependencia, pero para las drogas que la producen éste es el grado máximo, la fase última de la drogodependencia en sentido estricto (en sentido amplio la drogodependencia recubre también los procesos subsiguientes de evitación de recaídas y de readaptación). En su momento más agudo, la intervención proximal ha de consistir en un proceso de

desintoxicación al que sigue un proceso de deshabitación.

(d) El hecho de que la intervención es un proceso se pone especialmente de manifiesto en el momento subsiguiente a estas fases de intervención proximal que hemos considerado; en efecto, no basta con suprimir o reducir el consumo, porque hay que conseguir que esta conducta abstinentes o controlada se mantenga en el tiempo (hay que evitar las recaídas) y hay que hacer frente a los efectos colaterales más agudos que pueden funcionar como factores de alto riesgo; se inicia en esta fase el proceso de generalización, sin cuyo logro no se puede considerar que la intervención ha sido exitosa.

En la intervención propiamente dicha (y en todas sus subfases y subprocesos), la actuación se concentra y se intensifica, precisamente por tratarse de una situación de crisis, sobre todos los componentes, dimensiones y niveles de la drogodependencia y, a la vez, concentra e intensifica la actuación de todos los componentes, dimensiones y niveles de la intervención; en particular se actúa sobre el sujeto, la droga y el contexto en los niveles biológico, psicológico y social y se articula la intervención en forma particularmente intensa (poniendo en juego a los sujetos, las funciones y las actividades de la intervención) manejando recursos pertenecientes a los niveles biológico, psicológico y social.

Reinserción

La reinserción es la fase final de la intervención y consiste en una intervención distal que se inicia en el momento (difícil de precisar) en que la conducta

abstinente está implantada, en que se ha tenido éxito en la fase de mantenimiento; la denominamos distal porque ya no gira directamente en torno al consumo de droga (aunque como amenaza esté siempre presente) y porque no exige de los sujetos agentes de la intervención una presencia, una atención constante y próxima, siendo su función fundamentalmente organizativa y de apoyo.

El objetivo principal de esta intervención distal es, aparte de mantener la supresión o el control del consumo, que ya está lograda en fases anteriores, la readaptación del drogodependiente a sus contextos naturales, a la familia, al trabajo, a la comunidad en que vive, a la sociedad en general. Aquí vuelve a jugar un papel decisivo el cociente entre las demandas y los recursos de que dispone el sujeto: ha de reestructurar la situación, reduciendo las demandas e incrementando los recursos.

Se trata en esta fase de lograr la generalización del reaprendizaje, de los nuevos comportamientos, a través del tiempo (manteniéndose sin recaídas) y a través de los diferentes contextos y situaciones. Por eso el manejo adecuado de contextos juega un papel decisivo en esta fase, por eso y porque es necesaria además una readaptación a esos contextos en los que el sujeto drogodependiente —durante el período de drogodependencia— estuvo especialmente desajustado (cuando no totalmente fuera de ellos).

Técnicas orientadas al cambio en la interacción entre el sujeto y el contexto social

Fundamentalmente se utilizan para este objetivo, que es el propio del

Trabajo Social, dos conjuntos de técnicas que denominaremos psicosociales y sociales, aunque insistimos una vez más que el manejo de tales técnicas, si bien es propio de los trabajadores sociales, no lo es en exclusiva.

Técnicas psicosociales

Estas técnicas se basan en el supuesto de que los factores psicosociales son los responsables principales de la drogodependencia y, por tanto, su utilización está dirigida a evitar problemas en el ámbito psicosocial y a desarrollar habilidades para mejorar las relaciones del drogodependiente con los demás.

Tres niveles básicos de relaciones sociales constituyen el objeto directo al cual se aplican estas técnicas: (a) las relaciones interpersonales, (b) las relaciones familiares y (c) las relaciones grupales (especialmente entre iguales).

Las técnicas son, por un lado, específicas en función de las peculiaridades de cada una de estas relaciones (peculiaridades que afectan a la estructura y a la dinámica de la relación), pero, por otro lado, se basan en principios y utilizan mecanismos comunes a todos ellos.

Entre las técnicas comunes destacaríamos (a) las técnicas orientadas a mejorar la comunicación, (b) las técnicas de persuasión y de cambio de actitudes y (c) las técnicas dirigidas a mejorar el clima emocional y las relaciones afectivas.

Las técnicas específicas vienen definidas por su objeto: (a) técnicas interpersonales (especialmente de pare-

jas, terapia marital, por ejemplo), (b) técnicas familiares (terapia familiar) y (c) técnicas grupales (terapia de grupo).

Técnicas sociales

Propiamente hablando no existen métodos y técnicas sociales de intervención en drogodependencias en el sentido estricto en que se utilizan en el ámbito farmacológico y psicológico. Pero sí constituyen procedimientos que contribuyen a la intervención en el sentido amplio que defendemos en este trabajo. Entre ellos destacan:

(a) Los métodos y técnicas legislativas, administrativas y policiales de control de la oferta.

(b) Los programas de prevención orientados a cambiar actitudes, creencias y valores en la sociedad, incluidos los intentos específicos de modificar ciertos patrones de conducta, como, por ejemplo, los patrones de bebida.

(c) Los programas específicos de reinserción familiar y laboral, así como los más genéricos de readaptación social.

Todas estas medidas, estos programas o estas técnicas constituyen más bien un conjunto de decisiones o una serie de recomendaciones y actividades de difícil operacionalización e implementación, por lo que constituyen más bien disposiciones y actuaciones genéricas, cuando no modelos teóricos.

Conclusión

Al ser la drogodependencia en sí misma no un vicio, ni un delito, ni una enfermedad, sino una conducta o actividad que pasa paulatinamente de ser

normal a ser desviada y disfuncional y al ser esa conducta o actividad una propiedad de un sujeto que interactúa con un contexto o un ambiente determinado, queda abierta la consideración de esa drogodependencia como objeto propio del Trabajo Social, lo mismo que lo es de la Medicina, de la Psicología, de la Educación o del Derecho, en la medida en que sus factores determinantes y/o sus efectos centrales o colaterales son también de carácter biofarmacológico, psicológico, educativo o jurídico.

Como hemos visto, el contexto, especialmente el microsocio y el macrosocio, constituye uno de los principales factores de riesgo de las drogodependencias y, muy particularmente, lo es la interacción entre los sujetos y dichos contextos. Este es el fundamento de nuestro aserto inicial, según el cual el Trabajo Social tiene que estudiar, como objeto propio de indagación disciplinar, el fenómeno de la drogodependencia.

Pero el Trabajo Social no es sólo un campo disciplinar, sino una praxis profesional orientada al cambio social, al cambio de las interacciones disfuncionales entre los sujetos y los contextos sociales. Por eso la intervención en las drogodependencias es también objeto propio de la praxis profesional del trabajador social, porque se trata de una actividad individual y/o colectiva que maneja conductas y contextos sociales, que tiene por objetivo reducir el factor de riesgo contextual, incrementar los recursos de interacción con el contexto de los sujetos drogodependientes o sujetos en riesgo, y que ha de desarrollarse en las fases de pre-

vención, de mantenimiento de la abstinencia y de reinserción social, haciendo uso –en la parte que le corresponda– de técnicas psicosociales y sociales propias del Trabajo Social. No es, pues, la drogodependencia un tópico marginal o un objetivo difuso o circunstancial, sino un objeto propio de indagación y de intervención para el Trabajo Social.

Bibliografía

- ALEXANDER, B. K. y DIBB, G. S. (1975). "Opiate addicts and their parents". *Family Process*, 14.
- ALTERMAN, A. I. (1985). *Substance Abuse and Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM III). Washington: A.P.A. (Traducción: Masson, 1983).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM IV). Washington: A.P.A.
- ANDER-EGG, E. (1992). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
- BABOR, T. F. (1990). Social, scientific and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. En EDWARDS, G. y LADER, M. (Eds.) *The nature of drug dependence*. Oxford: Oxford University Press.
- BAER, J. S., MARLATT, G. A. y McMAHON, R. J. (1993). *Addictive behaviors across the life span. Prevention, treatment and policy issues*. Newbury Park: SAGE Pub.
- BANDURA, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- BECKER, H. S. (1953). "Becoming a Marijuana user". *American Journal of Sociology*, 59, 235-243.
- BECKER, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviancy*. New York: The Free Press.
- BECKER, H. S. (1981). History, Culture and subjective experience: An exploration of the social bases of drugs-induced experiences. En Shaffer, H. y Burglass, M. E. (Eds.) *Classic contributions in the addictions*. New York: Brunner / Mazel.
- BERGERET, J., LEBLANC, J. et al. (1988). *Précis des toxicomanies*. Paris: Masson.
- BLECHMAN, E. A. (1982). "Conventional wisdom about familial contributions to substance abuse". *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 9.
- BROOK, R. C. y WHITEHEAD, D. C. (1983). "Values of Adolescent Drug Users". *International Journal of Addictions*, 18, 1-8.
- CARBONETTI, G. G. y MOLO-BETTELINI, C. (1983). *Alleanze per non Crescere. Il Tossicomane e la sua Famiglia nel loro Contesto*. Cuneo: Edizioni di comunità Familiare.
- CARROLL, CH. R. (1989). *Drugs in Modern Society*. Dubaque: Brown Pub.
- CLIMARD, M. B. (1964). *Anomie and Deviant Behavior*. New York: Basic Books.
- COLEMAN, J. C., BUTCHER, J. N. y CARSON, R. C. (1984). *Abnormal psychology and modern life*. Glenview, Ill.: Scott. Foreman.
- DAVIDSON, G. C. y NEALE, J. M. (1980). *Psicología de la Conducta Anormal. Entoque Clínico Experimental*. México: Limusa.
- FINGARETTE, H. (1988). *Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease*. Berkeley: University of California Press.
- FREIXA, F. et al. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- GIBBONS, D. C. y JONES, J. F. (1975). *The Study of Deviance. Perspectives and Problems*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- GLANTZ, M. y PICKENS, R. (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington: American Psychological Association.
- GLASNER, B. y LOUGHLIN, J. (1987). *Drugs in Adolescent Worlds*. London: Macmillan Press.
- GLATT, M. M. (1974). *A Guide to Addiction and its Treatment*.
- GOLDBERG, L. y STOLERMAN, I. P. (1986). *Behavioral Analysis of Drug Dependence*. Orlando: Academic Press.
- GULOTTA, G. (1982). *Sistema Familiare e Tossicodipenza*. Milan: Giuffrè.
- HARBIN, H. T. y MAZTAR, H. M. (1975). "The families of drug abusers: A literature review". *Family Process*, 14, 411-431.
- JAFFE, J. H. (1970). Drug addiction and drug abuse. En L. S. GOODMAN y A. GILMAN (Eds.) *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York: McMillan.
- JAMIESON, A., GLANZ, A. y MACGREGOR, S. (1984). *Dealing with Drug Misuse*. London: Tavistock.
- JARVIK, M. et al. (19787). *Research on Smoking Behavior*. Rockville: NIDA.
- JELLINEK, E. M. (1960). *The Disease Concept in Alcoholism*. New Brunswick, NJ.: Hill House Press.
- KANDEL, D. B. (1978). *Longitudinal Research on Drug Use. Empirical Findings and Methodological Issues*. New York: John Wiley.

- KOSTEN, T. R. et al. (1984). "Perceived marital and family environment of opiate addicts". *AMERICAN JOURNAL DRUG AND ALCOHOL ABUSE*.
- LETTIERI, D. J. y SAYERS, H. W. (1980). *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. Washington: NIDA.
- LEVINSON, P. K., GERSTEIN, D. R. y MALOFF, D. R. (1983). *Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behavior*. Lexington: Lexington Books.
- LINDESMITH, A. R. (1947). *Opiate addiction*. Bloomington: Principia Press.
- LINDESMITH, A. R. y GAGNON, J. H. (1964). "Anomie and drug addiction". En CLIMARD, M. B. (Ed.). *Anomie and deviant behavior*. New York: Free Press.
- MARLATT, G., BAER, J. S., DENOVAN, D. M. y KIVLAHAM, D. R. (1988). "Addictive behaviors: Etiology and treatment". *ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY*, 39, 223-252.
- MAYOR, J. (1985). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra.
- MAYOR, J. (1991). *Drogodependencias. Hacia un modelo de intervención*. Madrid: F.A.D. (mimeografiado).
- MAYOR, J. (1993). Bases psicológicas para el trabajo social en drogodependencias. En NAVALLON, C. y MEDINA, M. E. (Eds.) *Psicología y Trabajo Social*. Barcelona: PPU.
- MERTON, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- MEYER, R. E. (1986). *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guilford Press.
- MILKMAN, H. B. y SHAFFER, H. J. (1987). *The Addictions. Multidisciplinary Perspectives and Treatments*. Lexington: Lexington Books.
- MILLER, W. R. (Ed.) (1980). *The Addictive Behaviors*. Oxford: Pergamon.
- MILLER, P. M. y EISLER, R. M. (1981). Abuso del alcohol y de drogas. En W. E. CRAIGHEAD, A. E. KAZDIN y M. J. MAHONEY (Eds.) *Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Barcelona: Omega.
- NAHAS, G. y TROUVÉ, R. (1988). *Toxicomania. Pharmacodependence*. Paris: Masson.
- NEY, T. y GALE, A. (1989). *Smoking and Human Behavior*. Chichester: J. Wiley.
- PATTISON, E. M., SOBELL, M. y SOBELL, L. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.
- PEIRONE, L. (1987). *Psicología Sociale della Droga. Metodi e Percorsi per la Ricerca*. Milán: Giuffrè Editore.
- POMERLEAU, O. F. y POMERLEAU, C. S. (1987). "A biobehavioral view of substance abuse and addiction". *JOURNAL OF DRUG ISSUES*, 17, 111-31.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1988). *La Integración Social de Drogodependientes*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- SADAVA, S. W. (1987). Psychosocial interactionism and substance use. En B. SEGAL (Ed.) *Perspectives on Person-Environment Interaction and Drug-Taking Behavior*. New York: The Haworth Press.
- SARASON, I. G. (1972). *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior*. New York: Meredith Corp. (Trad. Trillas, 1975).
- SCHILIT, G. A. y GOMBERG, P. S. (1991). *Drugs and behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- SEGAL, B. (1987). *Perspectives on Person. Environmental Interaction and Drug-Taking Behavior*. New York: The Haworth Press.
- SEGAL, B. (1988). *Drugs and behavior*. New York: Gardner Press.
- SHAFFER, H. y BURGLASS, M. E. (1981). *Classics Contributions in the Addictions*. New York: Brunner / Mazel.
- STANTON, M. D., TODD, T. et al. (1985). *The family Therapy of Drugs Abuse and Addiction*. Colchester. M. Paterson. (Trad.: Gedisa, 1988).
- STANTON, M. D. y TODD, Th. C. (1982). *The Family Therapy of Drugs Addiction*. New York: Guilford.
- STONE, L. H. et al. (1974). "Parent-peer influence as a predictor of marijuana use". *ADOLESCENCE*, 14, 115-122.
- THIO, A. (1983). *Deviant Behavior*. Boston: Houghton Mifflin.
- TUDOR, C. G. et al. (1980). "An examination of three relationships between peer and parental influences and adolescent drug abuse". *ADOLESCENCE*, 15, 738-798.
- WINICK, C. (1986). "The deviance model of drug-taking behavior: a critique. Drugs and Society". *A JOURNAL OF CONTEMPORARY ISSUES*, 1, 29-49.

Juan MAYOR

Catedrático de Universidad de Psicología Básica
Instituto Complutense de Drogodependencias

