

La eficacia relativa de los programas de educación sobre drogas desde sus modelos implícitos

José Luis ROSSIGNOLI SUSÍN

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad Complutense de Madrid

Los veinticinco últimos años han visto surgir una considerable cantidad de estudios de prevención de la drogadicción, en la que han predominado ampliamente los programas aplicados en la escuela sobre los dirigidos a las familias o comunidades. La orientación hacia la prevención primaria es consecuencia de las altas tasas de consumo de drogas que se están observando en diversas partes del mundo y a la dificultad de llevar a cabo un tratamiento eficaz de las toxicomanías.

Sin embargo, los resultados de la educación preventiva tampoco han sido muy positivos, y sólo en los últimos años renacen algunas expectativas, como consecuencia de la renovación de los modelos teóricos subyacentes y de las sucesivas correcciones metodológicas.

Ciertamente, los programas no se validan por las teorías o modelos subyacentes, sino más bien por sus resultados efectivos de cambio de actitudes y conductas respecto de las drogas, pero es un hecho a considerar que el enfoque socio-cognitivo, que irrumpe en escena a finales de los setenta ha traído consigo algunos resultados estimulantes. En todo caso, la conciencia del propio esquema teórico constituye un factor de control en la investigación, y Elder y Stern (1986) han advertido que es la falta de consistencia teórica de los investigadores y la infrautilización de las teorías ya probadas la causa de la confusión a la hora de clasificar los grupos de niños y de asignarles programas específicos adecuados.

TEORIAS Y MODELOS COGNITIVOS

En buena parte de los programas preventivos de la drogadicción elaborados en la década de los ochenta subyace un enfoque cognitivo social

(Chassin y col., 1984). Este enfoque teórico considera las variables cognitivas proximales: actitudes relevantes hacia uno mismo —autoconcepto y autoestima—, creencias sobre las drogas, percepciones de las normas vigentes e intenciones de conducta y atribuciones relativas a las posibles o reales experiencias de inicio y consumo de drogas. El enfoque socio-cognitivo ha promovido la aplicación del conocimiento de los procesos de orden superior en los programas preventivos, dando lugar al entrenamiento en estrategia de toma de decisión y de solución de problemas (Life-Skills programs) y al entrenamiento en destrezas sociales.

En la línea cognitivo-social, generalmente ligada a los estudios psicosociales de la formación y cambio de actitudes, de un lado, y a la psicología de los procesos cognitivos de otro, pueden registrarse varios modelos.

Teoría de la disonancia cognitiva

Tempranamente, Festinger (1975) sostuvo que la aparición de conocimientos discordantes produce un estado de tensión motivacional, orientando al sujeto a la resolución del conflicto entre sus ideas y entre éstas y los estados emocionales y las conductas. Sobre este supuesto, diversos programas preventivos han tratado de modificar las actitudes en torno a la droga, mediante el aporte de información inconsistente con el sistema de valores del individuo, forzándole a modificar, finalmente sus actitudes.

Esta orientación no ha podido validarse suficientemente (Warner, Swisher y Horan, 1973) y, en todo caso, plantea la conveniencia o no de llevar a cabo la estrategia con sujetos no imbuidos de ideas o actitudes favorables hacia el consumo de drogas.

Teoría de la decisión

Los programas preventivos más eficaces de estos últimos años han hecho del entrenamiento en toma de decisiones y desarrollo de estrategias de solución de problemas la pieza clave. Por ello conviene analizar el sustrato teórico de la decisión.

Bauman (1980) explicitaba este sustrato teórico, igualmente reconocido por Eiser y Eiser (1988). Según la teoría, la elección entre dos o más alternativas depende de sus probabilidades de ocurrencia y de la percepción de la utilidad de cada una de las alternativas.

En el presente caso, ante la disyuntiva de abstenerse del consumo de drogas o experimentar con ellas, se supone que una información acerca de las consecuencias negativas —no utilidad y peligros— del consumo de drogas y de su alta probabilidad de ocurrencia llevará a los jóvenes a distanciarse de la conducta de abuso de sustancias.

En apoyo de estas tesis existen abundantes trabajos (véase la revisión de Horan y Harrison, 1981), que muestran la efectividad de la estrategia infor-

mativa, aunque el incremento ostensible de los conocimientos sea pequeño y confuso el impacto sobre las actitudes y la conducta de inicio y consumo de drogas. Estos mismos autores sostienen que hay poca probabilidad de que los programas basados en la estrategia informativa lleven a cambiar las actitudes o la conducta mientras permanezcan al margen del marco de la toma de decisiones, en el que deberían basarse.

Modelo de utilidad subjetiva esperada

Dentro del marco de las teorías psicológicas de la toma de decisiones que tratan de explicar las relaciones entre actitudes y conductas debe situarse el modelo que introdujera Edwards (1954), que ha inspirado otros modelos, incluido el de Fishbein-Azjen.

La utilidad subjetiva esperada para una acción es la suma de los valores subjetivos o las utilidades previstas en los posibles resultados de la acción, cada una de ellas sopesada en base a las probabilidades subjetivas de que la acción conducirá a los resultados esperados.

De acuerdo con el modelo, una persona enfrentada a dos o más alternativas, elegirá aquella que tenga la mayor expectativa de utilidad.

La primera aplicación sistemática del modelo al tratamiento de las conductas adictivas fue realizada por Maussner y Platt (1971), quienes probaron —en el caso de cambio de conducta tabáquica— la existencia de una diferencia significativa entre los sujetos de más altas puntuaciones SEU (subjective expected utility) y los más bajos, experimentando los primeros una mayor reducción de la conducta de fumar al serles presentada una información desfavorable al tabaco en términos de utilidad.

Teoría de la «acción razonada» de Fishbein-Azjen

Algunos programas se basan en el supuesto de que la conducta social humana se fundamenta, en el plano decisorio, sobre la consideración de las consecuencias, negativas o positivas, actuando el sujeto razonablemente sobre la base de información disponible: creencias, ideas, reflexiones, y no estando determinado por simples motivos inconscientes o ideas y tendencias puramente irracionales e incontrolables.

Fishbein y Ajzen pretenden predecir el cambio de conducta, via cambio de intenciones, mediante la modificación de las creencias y soporte informativo de las actividades determinantes de la conducta.

El modelo de creencias acerca de la salud

Aunque existen diversas versiones del modelo, pueden considerarse algunos elementos comunes y nucleares. Sutton (1987) sostiene que la proba-

bilidad de que un individuo lleve a cabo alguna acción preventiva pro salud depende de cuatro factores:

1) la percepción de la severidad del daño; 2) la susceptibilidad hacia la amenaza; 3) los beneficios percibidos de la acción recomendada para reducir el riesgo o la gravedad de la amenaza, y 4) las dificultades y costes percibidos de adoptar la conducta preventiva.

Por lo demás, el modelo asume que deben existir algunas claves internas (síntomas) o externas (campañas de los mass media) que disparen la conducta apropiada, mediante la toma de conciencia del individuo de la amenaza sobre su salud.

Los resultados obtenidos con este enfoque no son claros, generalmente debido a la falta de operativización de las variables del modelo y a la ausencia de relaciones entre las medidas de las creencias y las conductas.

Janz y Becker (1984) revisaron cuarenta y seis estudios fundados en el modelo de creencias acerca de la salud, de los que veinticuatro estaban relacionados con la prevención de conductas pro salud. Los resultados eran positivos para el modelo en los cuatro factores mencionados más arriba, pero no se consideraba el tamaño del efecto o valor predictivo del modelo. Radium y col. (1980) no encontraron relaciones significativas entre las creencias acerca de la salud de los escolares y su conducta habitual relativa al uso de tabaco y alcohol. Respecto de otras drogas, faltan estudios evaluativos de la eficacia del modelo.

El modelo de cambio de Schaps

El modelo de cambio de Schaps es una derivación —y en buena medida combinación— de los modelos de Jessor y de Fishbein. Jessor y Jessor (1977) conceden especial importancia a los factores distales característicos del ambiente general de la escuela y a las características disposicionales y conductuales del individuo en su teoría de la conducta problema. Ajzen y Fishbein (1977, 1980) centran la atención en los factores proximales: intenciones y actitudes respecto del consumo de drogas y percepciones relativas a las normas prevalentes sobre el uso de sustancias.

El modelo de cambio de Schaps (1986) considera tres tipos de variables:

a) de personalidad: expectativas de logro, alienación, locus del control y actitudes hacia la desviación;

b) de ambiente social: presencia de modelos de roles desviados, presencia de normas consensuadas respecto a la conducta apropiada, y apoyos y controles de los padres;

c) conductuales: asistencia a la iglesia, rendimiento escolar, y varias conductas problema.

Según Schaps y col. (1986), el modelo supone que la mejoría del clima escolar y de la clase aumentará la satisfacción del estudiante consigo

mismo, los compañeros y la escuela, a la par que fortalecerá las percepciones positivas de las actitudes de los compañeros hacia la escuela. Tales cambios actitudinales y normativos respecto de la escuela incidirán a su vez sobre el cambio de actitudes hacia la droga y las conductas desviadas, llevando al alumno a una menor tolerancia y percepción de utilidad de la droga, finalizando en una reducción de las intenciones de consumo y en un menor uso real.

Modelos informativos

La estrategia informativa animó desde el comienzo la elaboración de los programas de prevención de la drogadicción llevados a escalas comunitarias, familiares y fundamentalmente escolares. El objetivo final va desde la producción de un mero cambio de conocimientos en el receptor hasta el desarrollo de conductas de no consumo en el otro extremo, pasando por el cambio pertinente de actitudes y el desarrollo de intenciones de no consumo.

Nadie duda que el papel de la información sea importante en la toma de decisiones —como se ha visto en los modelos anteriormente expuestos— si bien la estrategia informativa presenta dificultades y limitaciones para quien no domina los mecanismos de la comunicación. Por esto, los programas preventivos deberán atender y controlar todas las variables del emisor, receptor, naturaleza y oportunidad del mensaje, medio de comunicación, fines y mecanismos de realimentación. Una extensa información puede hallarse en Polaino y Rossignoli (1990).

ENFOQUES DE APRENDIZAJE Y SOCIALIZACION

Se incluye en este bloque aquellos modelos y teorías orientados a la explicación de la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva, siguiendo la aplicación de los principios del aprendizaje, particularmente social.

Aproximación analítica de conducta

Este enfoque trata de establecer las relaciones funcionales entre la conducta, sus antecedentes y consecuentes. La conducta consumo de drogas se podría considerar como una conducta más, aprendida según los principios que rigen su adquisición, mantenimiento y posible extinción. Akers y col. (1979) han recurrido a los principios del condicionamiento operante, teoría del aprendizaje discriminativo y teoría del aprendizaje social para comprender el desarrollo de conductas de consumo de drogas por los adolescentes. Por su parte, Biglan y Lichtenstein (1984) sugieren el análisis de cierta clase de variables en el inicio de la conducta de fumar. Las consecuencias físicas

inmediatas de fumar, los repertorios de conducta de los niños y, particularmente, su capacidad de resistir a las presiones sociales, los efectos del modelado, las prácticas de refuerzo de los demás y el reforzamiento de las conductas contrarias.

Dentro de este enfoque, se supone que la conducta adictiva se iniciará si existe una alta probabilidad de ser reforzada diferencialmente, a la par que una elevada deseabilidad social, generada por la tendencia de identificación con los más influyentes.

El mantenimiento de la conducta de consumo dependerá del refuerzo obtenido de la propia sustancia, sobre todo si los previsible efectos negativos a corto plazo no tiene lugar o son bien tolerados. La exposición a modelos que usan drogas y el apoyo social obtenido por consumir rematan el proceso. El modelo de Akers ha promovido la estrategia del «compromiso público» (Kiesler, 1971), de no consumo, grabado en video, de compañeros, padres y profesores. Ha sugerido, igualmente el establecimiento de *normas de no consumo* en el grupo de compañeros.

Teoría del aprendizaje social

Bandura (1977) ha considerado la conducta como determinada por factores no sólo externos —indicios sociales y físicos y estímulos reforzadores—, sino también internos —motivos de los individuos, percepciones, expectativas y normas de realización—, proponiendo como mecanismo básico de aprendizaje de conductas la observación y el modelamiento, donde juegan interactivamente los factores externos e internos del individuo ante una situación particular y las destrezas e incentivos disponibles.

Sin duda, el enfoque de Bandura ha tenido una considerable influencia sobre los programas preventivos de la drogodependencia de *influencias o presiones sociales*. De acuerdo con el planteamiento de Bandura la prevención debe utilizar modelos imitables, reforzamiento directo por no consumo de drogas, reforzamiento vicario y, finalmente, entrenamiento en destrezas sociales de resistencia a las presiones de grupo. Algunos programas psicosociales de esos últimos años añaden habilidades de persuasión con el fin de ayudar a otros compañeros vacilantes a no experimentar o consumir. Perry y Murray (1985) incorporan todavía otros elementos a la estrategia persuasiva. Se sugieren varios puntos: una oferta de beneficios recíprocos, solución de problemas en común, determinación de los problemas y beneficios en juego para una comunidad o grupo, y relacionar las conductas problema con los beneficios de su solución.

La teoría de la inoculación social de McGuire (1964) sostiene que los individuos entrenados a resistir a las presiones de grupo en situaciones controladas se encontrarán en mejores disposiciones ante las presiones reales. Esta teoría ha servido, igualmente, al lanzamiento de los programas preventivos de influencias sociales.

Modelo de socialización y selección

Una extensión de las teorías del aprendizaje social lo constituye el *modelo de socialización*, que concibe el consumo de drogas como una conducta aprendida en el marco dinámico de las interrelaciones del adolescente con los compañeros, hermanos y padres, según mecanismos de imitación de conductas y reforzamiento social (Kandel, 1982).

Este enfoque queda, sin embargo, contrapesado con la *teoría de la selección*, según la cual los adolescentes eligen como amigos a los que exhiben sus mismos valores, intereses y costumbres (Kandel, 1980). Eiser y col. (1988) consideran la selección como alternativa a la presión de grupo, a la que ven como hipótesis algo simple.

Perry y col. (1985), siguiendo a Kandel (1980), creen que las influencias de los compañeros y de los padres son específicas. Como ejemplo, puede señalarse que la influencia de los padres es mayor a largo plazo, mientras que en los asuntos de cada día es más fuerte el influjo de los compañeros sobre los adolescentes.

Estos mismos autores sugieren, como derivaciones preventivas del modelo, la modificación de las conductas de los modelos consumidores tanto entre compañeros como en la familia, o aumentar la presencia de modelos no consumidores; conceder refuerzo a los adolescentes por realizar conductas alternativas, y seleccionar a los amigos evitando a los individuos de alto riesgo.

Teoría del dominio

Huba y Bentley (1980) formularon la *teoría del dominio* para explicar el desarrollo de la conducta de consumo de drogas en los adolescentes. En realidad, se supone que tal desarrollo es consecuencia de la interacción de tres tipos de variables o dominios: caracteres psicológicos perdurables del individuo, la estructura de apoyo íntimo (relaciones familiares y de amistad), y el sistema de presiones sociales y culturales, que llevan al sujeto a la percepción del *grado de deseabilidad social* de las conductas propuestas.

De acuerdo con la teoría del dominio, y según afirman Perry y Murray (1985), el consumo de drogas se ve favorecido cuando los amigos carecen de ética en su quehacer escolar o laboral, se emplea gran parte del tiempo libre con los compañeros, se está expuesto a modelos —amigos o familiares— que consumen drogas, o se conoce a otras personas que pueden hacer más disponibles las drogas legales o ilícitas.

En opinión de Huba y Bentler (1980) la decisión de experimentar con las drogas se genera en la percepción de las presiones conductuales provenientes de los amigos y familiares (sistema de apoyo íntimo), a través de los valores sostenidos por los modelos y personas dispensadoras del refuerzo,

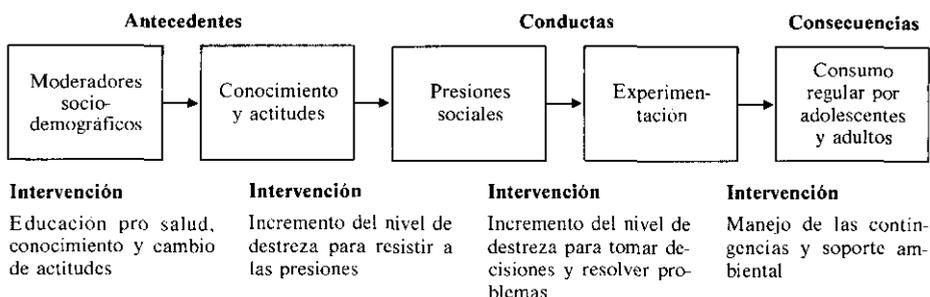
particularmente cuando no se dispone de valores de salud adversos al consumo de drogas.

Tales sistemas y relaciones de variables biológicas, intra e interpersonales y socioculturales, pueden experimentar cambios con las edades.

Del modelo se desprende, como medidas preventivas, modificar los valores negativos del sistema de apoyo (amigos o familia), presentar otros modelos, favorecer conductas pro salud y reforzar por no consumir drogas.

Modelo de destrezas y consecuencias ambientales

Dentro de un planteamiento operante, Elder y Stern (1986) han propuesto un Modelo de Destrezas y Consecuencias Ambientales que intenta organizar los componentes de un programa de prevención sobre un continuo funcional/conductual, señalando los puntos de intervención, según las necesidades de los destinatarios. La presentación secuencial sería del siguiente modo:



Los enfoques de *educación para la salud* y de *influencias sociales* se centran en los antecedentes de la conducta abstemia, mientras que los programas de *entrenamiento de destrezas para la vida* incorporan en sus estrategias la atención a los déficit conductuales y a las actitudes. Unos y otros deben ajustarse a la edad de los individuos y a su posición relativa en las etapas del proceso de adquisición de la conducta adictiva. Sin embargo, los autores consideran necesaria una mayor intervención relativa a las consecuencias de la conducta de adicción al tabaco u otras sustancias, formulando programas de manejo de las contingencias para los períodos de mayor riesgo evolutivo —desde la prepubertad hasta la adolescencia media y tardía—, para los que proponen competiciones interclases o interescolares, utilización de premios ofrecidos por la comunidad y otros procedimientos.

MODELOS DE DEFICIT (O EXCESO) CONDUCTUAL

La investigación de destrezas interpersonales ha mostrado que los niños desadaptados carecen de un adecuado repertorio de competencias sociales y

presentan generalmente dificultades cognitivas y emocionales. Por otro lado, Evans (1976) ha advertido la presencia frecuente en los jóvenes consumidores de déficits conductuales, como aislamiento, depresión, inhibición, infraestima y tristeza, o excesos conductuales del tipo de agresiones físicas o verbales y delincuencia.

Estos resultados hacen pensar que la conducta adictiva de algunos adolescentes podría constituir un modo de respuesta de afrontamiento de las tensiones emocionales y de los problemas interpersonales, ya que no todos los que experimentan —con el tabaco, por ejemplo— se convierten en consumidores regulares (Flay y col., 1986).

Este concepto de riesgo epidemiológico (Bell, 1988) ha animado desde finales de los setenta una estrategia preventiva orientada al entrenamiento de los preadolescentes en destrezas de afrontamiento de las situaciones de estrés y frustración, con el apoyo de técnicas de relajación, técnicas racional-emotivas, cognitivas, clarificación de valores, y de alcance general, como la solución de problemas y la toma de decisiones. Este enfoque, que trata de superar las limitaciones de la orientación de *influencias sociales*, ha dado lugar a los programas de *entrenamiento en destrezas generales* (Life-Skills). Son significativos los estudios de New York IV y V (Botvin y col., 1984) y Washintong III (Gilchrist y Schinke, 1984). A continuación se exponen algunos modelos teóricos de déficit conductual.

Modelo de infraestima

Kaplan (1982) ha considerado el fracaso en las relaciones con los demás miembros del grupo de compañeros como un factor causal de la conducta desviada de consumo de drogas, vía reducción de la autoestima. El fracaso repetido llevaría al rechazo de los compañeros y de las normas y valores del grupo, operando la conducta desviada, funcionalmente, para recuperar la autoestima, mediante la búsqueda de un nuevo tipo de amigos, probablemente envueltos en conductas desviadas y más dispuestos a tolerar la propia conducta.

Desde otra perspectiva, se ha argumentado que ciertos acontecimientos vitales negativos (life events research) probablemente se constituyan en poderosos determinantes de la adicción, si bien este tipo de investigación adolece de problemas metodológicos y teóricos (O'Doherty y Davies, 1987).

Preventivamente se sugiere el fomento de la aceptación de los miembros del grupo por los compañeros, haciendo así menos probable la aparición de conductas desviadas. Sin embargo, aunque el enfoque es atractivo, no queda claro el mecanismo o proceso de causación de la conducta adictiva y por qué no habrían de aparecer otro tipo de conductas desviadas (Perry y Murray, 1985).

Modelo evolutivo de la conducta antisocial

Loeber y Schmaling (1985) han propuesto un modelo de desarrollo secuencial de las conductas desviadas o antisociales que podría culminar —o transitar— en el abuso de drogas. Perry y col. (1985) se hacen eco de este planteamiento. Conductas desviadas, tanto abiertas como encubiertas se desarrollarían naturalmente desde la infancia, partiendo de seudomentiras, actos de sisar, deambular lejos de los padres, etc., pudiendo dar lugar a formas más desarrolladas, en los niños mayores o en los adolescentes, de mentir, robar, absentismo escolar, conductas de gamberrismo, abusos y violaciones y consumo de drogas.

Robins (1978) presenta evidencia a favor de este desarrollo secuencial de la conducta desviada, de modo que una infancia antisocial es un buen predictor de conducta antisocial en la vida adulta, siendo el consumo de drogas un término natural de esa secuencia.

La sugerencia preventiva del modelo es que el uso de drogas puede prevenirse con una *adecuada socialización en la infancia*, modificando las conductas inadecuadas de los padres y las pautas de crianza incorrectas.

Aunque esta aproximación no se dirige específicamente a temas socioambientales, características personales o destrezas de conducta, puede ser complementaria con esos otros enfoques.

Otra investigación útil podría dirigirse a discriminar los procesos de socialización que eliminan esas conductas desviadas en unos niños y no en otros (Perry y Murray, 1985).

Sugieren también los anteriores autores una línea de examen de la interacción del ambiente social, más allá de la influencia de los padres, en el desarrollo de esas conductas.

Teoría de la conducta problema

El hecho de que las conductas de drogadicción vayan frecuentemente acompañadas de otras conductas desviadas, como la precocidad y gregarismo sexual, el robo y la delincuencia, llevó a Jessor y Jessor (1977) a formular la *teoría de la conducta problema*. Una conducta no aprobada socialmente o inadecuada para el grupo de edad sería una conducta problema.

El modelo de estos autores ha sido el primero en resaltar los factores de tipo distal o contextual, si bien admiten que tanto los factores ambientales como los personales interactúan de modo determinante en la aparición de la conducta problema. Por otro lado, se destaca la generabilidad del modo de unas a otras regiones con factores demográficos y de socialización distintos.

Los autores reconocen tres sistemas de variables predictores. El *sistema de personalidad* implicaría una estructura motivacional (de logro académico, autonomía, afecto de los iguales, expectativas), una estructura de creencias con posibilidad de control de la autodesviación (autoestima, locus

del control, normas sociales), y una estructura de control personal (grado de tolerancia de la desviación, religiosidad y resolución ante las conflictivas funciones de la conducta problema).

Un segundo sistema se refiere al *ambiente social tal como es percibido*, albergando una estructura distal (percepción del sistema de apoyo: padres o compañeros, de sus diferencias de control, expectativas, y grado y compatibilidad de sus influencias). Tal estructura se completa con otra proximal o relativa a la conducta problema (modelos de los iguales de la conducta problema y grado de aprobación, de los padres y compañeros, de esa conducta).

Un tercer sistema —el conductual— presenta una estructura de conducta problema, destacando la actividad sexual, la bebida, el uso de drogas, el activismo político y la conducta desviada general. Se añade, finalmente, una estructura de conducta convencional, que afectaría al rendimiento académico y al nivel de implicación en actividades religiosas.

Perry y Murray (1985) concluyen también que el modelo de conducta problema ha propiciado la consideración de conductas múltiples como contexto del consumo de drogas, aproximando los programas preventivos hacia una orientación funcional del consumo de las drogas durante las etapas evolutivas y una mayor atención al entorno social.

ENFOQUES DE INTERACCION INDIVIDUO-DROGA

Se analizan en este apartado varios modelos centrados en la especificidad de las relaciones entre las drogas y los consumidores reales o potenciales.

Modelo de estadios secuenciales del consumo de drogas

Hamburg, Kraemer y Jahnke (1975) apreciaron una secuencia de consumo que partía del café y té, y pasando por el vino, cerveza y licores fuertes, conducía a la marihuana y, finalmente, a los alucinógenos, estimulantes, depresores y narcóticos.

Sin embargo, estar en un estadio no necesariamente constituye una consecuencia del consumo de otras drogas. Es preciso considerar otros factores. Kandel y col. (1978) han observado que el consumo de alcohol se relacionaba mejor con modelos de padres y compañeros bebedores, mayor cantidad de tiempo gastado con los compañeros y actividades delictivas menores. En el caso de la marihuana incidían, además, una mayor permisividad hacia las drogas y cierta rebeldía frente a las normas y valores institucionales. Respecto de otras drogas, la predicción era mayor si se sumaban tensiones psicológicas, pobre comunicación con los padres y compañeros que faciliten el acceso a las drogas legales o ilícitas.

Según este planteamiento, resultaría conveniente una intervención tem-

prana y adaptada a los destinatarios. Perry y col. (1985) creen que si se modifica el entorno social y se provee de alternativas a la droga en los primeros estadios quedará atenuado el consumo de drogas posteriores.

Sin embargo, tal secuencialidad se ha mostrado muy discutible y, lo que es más, se observan actitudes de policonsumo de drogas, incluso en edades tempranas, como lo prueba un reciente estudio de la Cruz Roja Española (Navarro y col., 1985).

Modelo epidemiológico

Algunos autores (Gullota y Adams, 1982) han sostenido que, independientemente de las motivaciones individuales para el consumo de drogas, éste se verá propiciado por la mayor extensión del consumo en la sociedad y, particularmente, por la existencia de usuarios duros. La generalización de una actividad tolerante y permisiva tiende a dismantelar las resistencias al consumo, a la par que una mayor disponibilidad de la droga favorece la demanda y el consumo.

La sugerencia preventiva del modelo va en la línea de reducir la oferta mediante acciones legales, sociales y económicas, a la vez que se propone una reducción de la demanda mediante el desarrollo social y comunitario de normas y actitudes adversas a las drogas.

Modelo procesual de la adicción

En relación con la conducta de fumar, Flay y col. (1986) han expuesto un modelo procesual que, por fases, conduce a la adicción, y que es extensible a otras drogas.

En cada fase puede servirse distintas funciones de conducta, apreciarse diversas influencias y considerarse modos de reforzamiento específicos.

La fase de *preparación* se caracteriza por el conocimiento de la sustancia, influencias familiares y modelamiento de actitudes hacia el tabaco. En la fase de *inicio* se experimentan sensaciones nuevas, a la vez que se sirven funciones de afiliación al grupo y aceptación social, y se busca independencia, afirmación y posible control de una baja autoestima. La contrapartida de la presión social viene a ser la selección de los compañeros, según las actitudes previamente desarrolladas.

La fase de *experimentación* añade la creciente importancia reforzadora de los efectos fisiológicos. Si éstos y los sociales son positivos, se potenciará claramente la conducta, dando lugar a una fase de *consumo regular* y, finalmente, a la *habituación*, en donde la dependencia física y/o psíquica respecto de la sustancia se hace central.

La prevención es primaria si todavía no se ha pasado de la fase de inicio; es secundaria o interventiva si se ha alcanzado la fase de experimenta-

ción —haciéndose precisa la detección de los casos—; y es terciaria o de tratamiento si se ha llegado a la adicción y habituación. A la hora de elaborar programas preventivos hay que considerar el estadio de cada receptor y las funciones que desempeña la conducta adictiva, para ofrecer alternativas.

MODELOS EVOLUTIVO-FUNCIONALES

Se revisan en este lugar algunos modelos en torno a las características de las edades evolutivas y a los aspectos funcionales de la conducta en cada una de las etapas.

Modelo de desarrollo del adolescente

La adolescencia es un período de importantes transformaciones, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar los programas de prevención del uso de drogas. Tales cambios se dan en el plano físico y psicológico, con la aparición de la capacidad generadora; en el plano intelectual, logrando un razonamiento más abstracto y crítico; en el razonamiento moral, ahora más autónomo; y en el área social o de las relaciones interpersonales, que se abren a la relación heterosexual y a la inserción en el mundo, roles y responsabilidades del adulto.

Perry y Murray (1985) advierten la importancia para los programas preventivos de estos cambios y de algunos hechos. Particularmente relevante es el progresivo alejamiento del núcleo familiar en favor de una mayor integración en el grupo de los iguales y la situación de menor control en que se encuentran los adolescentes en la última etapa escolar.

En estas circunstancias de tránsito y «moratoria social» —en términos de Erickson—, el adolescente puede recurrir al consumo de drogas como un medio para resolver sus problemas y lograr su identidad personal. Un adecuado ambiente escolar, clarificación de los valores, y diseminación anticipada de la oportuna información sobre la droga y los problemas evolutivos que se han de afrontar, puede ser de gran efectividad.

Modelo de alternativas

Para algunos, el consumo de drogas es en gran medida un síntoma de enfermedad de la sociedad (Franklin, 1985), lo que hace necesario un planteamiento preventivo más global y de mayor alcance, que afecte tanto a los individuos como a las características normativas y axiológicas del cuerpo social.

El modelo de alternativas —estrechamente relacionado con la llamada *prevención inespecífica*— se alimenta del anterior presupuesto y de la vec-

ción funcional inserta en los modelos de conducta problema, teoría del dominio y modelo procesual de la adicción. El consumo de drogas prodría tener un valor funcional para el adolescente, lo que invita a conducir la prevención mediante la oferta o facilitación de conductas alternativas que satisfagan utilidades semejantes a las cubiertas por los tipos de interacciones establecidas con las drogas.

Una serie de estudios recientes, recogido por Perry y col. (1985), ha identificado seis funciones especialmente relevantes para los adolescentes. Estas serían: superar la transición y lograr aceptación, especialmente para los más jóvenes; reducir la tensión, particularmente para los mayores; y lograr mayor energía personal, esparcimiento y alivio del aburrimiento y de la soledad.

De acuerdo con el modelo sería más importante enseñar a los adolescentes a buscar y practicar conductas alternativas de no consumo que *aprender a resistir a las presiones sociales*. En resumen, y según los últimos autores citados, habría que reconocer las necesidades funcionales de cada edad, estudiar las estrategias de cambio de conducta y seleccionar las técnicas de trabajo más adecuadas para cada edad y, finalmente, analizar el ambiente de los adolescentes para planear conductas pro salud y desalentar las del consumo.

CONCLUSION

La dos últimas décadas han visto la aparición de diversas teorías y modelos de la prevención de la drogadicción. Aunque los programas de educación sobre las drogas deben validarse por su eficacia respecto a la ganancia de conocimientos, cambio de actitudes, intenciones y conductas, no cabe duda de que el esfuerzo teórico realizado ha servido al diseño y orientación de los programas, en lo que se refiere a sus objetivos, estrategias, técnicas y adecuación a los destinatarios, así como al análisis de los diversos elementos implicados: individuos, tipos de sustancias, instituciones, contextos sociales y culturales y procesos de cambio. El avance teórico y metodológico ha permitido, al menos, establecer lo que Eiser y Eiser (1988) han llamado *condiciones necesarias de efectividad*.

Algunas de esas condiciones pueden extraerse de esta revisión. En primer lugar es importante adaptarse a las características de edad y tratar de dar salida a las necesidades funcionales de los muchachos y adolescentes, a través de conductas saludables, a la vez que se les facilita el desarrollo de destrezas sociales y personales. Conviene también mostrar una mayor sensibilidad hacia los predictores tempranos de la drogadicción, siendo igualmente capaces de establecer las relaciones causales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con todos los elementos físicos, sociales y cognitivos en juego. Finalmente, se requiere una mayor atención a los contextos sociales y culturales, comprendiendo sus caracteres idiosincráticos:

normas, expectativas, factores sociales y económicos, legales históricos y de costumbres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AKERS, R. L.; KRONH, M. D.; LANZA-KADUCE, L., y RADOSEVICH, M. (1979): «Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory». *American Sociology Review*, 44, 636-655.
- BANDURA, A. (1977): *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- BELL, R. (1988): «Using the concept of risk to plan drug use intervention programs». *J. Drug Education*, vol. 18 (2), 135-142.
- BIGLAN, A., y LICHTENSTEIN, E. (1984): «A behavior-analytic approach to smoking acquisition: Some recent findings». *Journal of Applied Social Psychology*, 14 (3), 207-223.
- BOTVIN, G. J.; BAKER, E.; RENICK, N.; FILAZZOLA, A. D., y BOTVIN, E. M. (1984): «A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention». *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.
- CHASSIN, L.; PRESSON, C. C., y SHERMAN, S. L. (1984): «Cognitive and social influence factors in adolescent smoking cessation». *Addictive Behavior*, 9, 383-390.
- EISER, C., y EISER, J. R. (1988): *Drug Education in Schools. An Evaluation of the «Double Take» Video Package*. Springer Verlag, New York.
- ELDER, J. P., y STERN, R. A. (1986): «The ABCs of Adolescent Smoking Prevention: An Environment and Skills Model». *Health Education Quarterly*, vol. 13 (2), 181-191.
- EVANS, R. I. (1976): «Smoking in Children: Developing a Social Psychological Strategy of Deterrence». *Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- FLAY, B. R.; D'AVERNAS, J. R.; BEST, J. A.; KESSELI, M. W., y RYAN, K. B. (1986): «Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it», en P. Firestone y P. McGrath (Eds): *Pediatric and adolescent behavioral medicine*. Springer-Verlag, New York.
- FRANKLIN, J. T. (1985): «Alternative education as substance abuse prevention». *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 30 (2), 1-12.
- GULLOTTA, T., y ADAMS, G. R. (1982): Substance abuse minimization: Conceptualizing prevention in adolescent and youth programs. *Journal of Youth and Adolescent*, 11, 409-424.
- HAMBURG, B. A.; KRAEMER, H. C., y JAHNKE, W. (1975): «A hierarchy of drug use in adolescence: Behavioral and attitudinal correlates of substantial drug use». *American Journal of Psychiatry*, 132, 1155-1163.
- HAVIGHURST, R. J. (1972): *Developmental tasks and education* (3rd, ed.). McKay, New York.
- HUBA, G. J., y BENTLER, P. M. (1980): «The role of peer and adult models for drug taking at different stages an adolescence». *Journal of Youth and Adolescence*, 9, 449-465.

- JESSOR, R., y JESSOR, S. L. (1977): *Problem behavior and psychosocial development*. Academic Press, New York.
- KANDEL, D. (1975): «Stages in adolescent involvement in drug use». *Science*, 190, 912-914.
- KANDEL, D. (1980): «Drug and drinking behavior among youth». *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- KANDEL, D. (1982): «Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 328-347.
- KAPLAN, H. B. (1982): «Self-attitudes and deviant behavior. New directions for theory and research». *Youth and Society*, 14, 185-211.
- KIESLER, C. A. (1971): *The psychology of commitment: Experimental linking behavior to beliefs*. Academic Press, New York.
- NAVARRO, J.; LORENTE, S.; VARO, J., y ROIZ, M. (1985): *El consumo de drogas en España*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- O'DOHERTY, F., y DAVIES, J. B. (1987): «Life Events and Addiction: a critical review». *British Journal of Addiction*, 82, 127-137.
- PERRY, CH., y MURRAY, D. M. (1985): «The Prevention of Adolescent Drug Abuse: Implications from Etiological, Developmental, Behavioral, and Environmental Models». *Journal of Primary Prevention*, 6 (1), Fall.
- POLAINO, A., y ROSSIGNOLI, J. L. (1990): *Programas Informativo-preventivos en la drogadependencia infanto-juvenil: indicadores cognitivos de su eficacia*. En prensa.
- ROBINS, L. N. (1978): «Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies». *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- SCHAPS, E.; DI BARTOLO, R.; MOSKOWITZ, J.; PALLEY, C., y CHURGIN, S. (1981): «A review of 127 drug abuse prevention program evaluations». *Journal of Drug Issues*, 11, 27-44.
- SCHINKE, S. P., y GILCHRIST, L. D. (1983): «Primary prevention on tobacco smoking». *Journal of School Health*, 53 (7), 416-419.
- SEVERSON, H. H., y LICHTENSTEIN, E. (1986): *Smoking Prevention Programs for Adolescents: Rationale and Review*. National Institute of Drug Abuse, California.

RESUMEN

Las dos últimas décadas han presenciado la aparición de numerosos programas de prevención de la drogodependencia, en los que no siempre se observa un planteamiento teórico suficientemente explícito. Puede decirse que los hallazgos de la investigación no han sido consistentemente utilizados por los diseñadores de programas, aunque, en general, se aprecia una evolución favorable en la que el marco teórico va ganando en consenso, dentro de su creciente complejidad.

Si bien los programas se evalúan por sus resultados, no deja de ser cierto que una buena fundamentación teórica constituye, al menos, un mejor predictor de su eficacia.

SUMMARY

The last two decades have witnessed the irruption of numerous drug use prevention programs, not always being observed in them a theoretical plan, sufficiently explicit. It is possible to establish that the findings of the research have not been firmly used by the programmers, although, in general, it is noticed a suitable evolution in which the theoretical frame is gaining ground, within of growing complexity.

Though programs are evaluated for the results, it is still certain that a solid theoretical foundation constitutes, at least, the best predictor of its effectiveness.