

Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección

RAFAEL DÍAZ FERNÁNDEZ Y MARÍA SIERRA BERDEJO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Resumen: En este estudio hemos pretendido profundizar en las diferentes teorías que sirven de base a los programas preventivos de drogas para analizar las diferentes variables que permiten comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no. Se han estudiado los factores que facilitan el consumo, y el no consumo, para descubrir estrategias preventivas adecuadas que faciliten la disminución de la ingesta y evitar que ésta se produzca. También hace referencia a las características psicosociales de la adolescencia, etapa especialmente difícil y que se convierte en un momento de riesgo importante para las personas. El marco de referencia de estas orientaciones preventivas es la educación para la salud. La metodología empleada ha sido la búsqueda y revisión bibliográfica de investigaciones científicas y de las diferentes orien-

taciones teóricas, a través de las cuales se ha llegado a demostrar la relación entre la etiología de los consumos y sus consecuencias.

Palabras clave: prevención de drogodependencias, promoción de la salud, educación para la salud, factores de riesgo, factores de protección, estilos de vida.

Theoretical analysis of the prevention of drug addictions in the context of health education: risk and protective factors

Abstract: In this study the aim was to take a deeper look at the various theories that underpin the programmes for preventing drug addiction so as to analyse the different variables that enable us to understand why some people consume drugs and others do not. The factors that facilitate consumption and non-consumption were examined to discover suitable preventive strategies that lead to a drop in consumption or prevent it from taking place. The study also refers to the psychosocial traits of adolescence, a particularly difficult stage, and one that people see as a significant period of risk. The framework informing such preventive counselling is based on health education. The methodology used entailed the search and literature review of scientific research projects and various theoretical orientations, through which it was possible to show the relationship between the aetiology of consumption and its consequences.

Keywords: prevention of drug addiction, promotion of health, health education, risk factors, protective measures, lifestyles.

Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección



Rafael Díaz Fernández
María Sierra Berdejo

Los antecedentes más próximos de la de educación para la salud

La educación para la salud¹ surge ante la necesidad de las políticas de salud de contar con la participación ciudadana. En 1946 nace la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el contexto de la ONU, con la finalidad de constituir un órgano internacional que defendiera e impulsara la salud en todo el mundo. En su carta magna, esta organización define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades”.

¹ Educación para la salud: La educación para la salud es el instrumento que utiliza la promoción de la salud para facilitar los cambios del comportamiento hacia conductas más saludables que eliminen los factores de riesgo (Sáez Cárdenas, Salvador y otros, 1998). Una actividad que pretende aportar elementos a los individuos para que estos modifiquen sus comportamientos hacia conductas más saludables (Green, 1980) con repercusión posterior en toda la comunidad. Una “combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables” (Green 1980). Según Seppilli 1981, educación para la salud “es el proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria, para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a las personas y los grupos sociales de las opciones que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud, lo que demuestra que la educación para la salud se convierte en un instrumento de promoción de salud.

La salud ha sido considerada, dentro del contexto de la promoción de la salud², como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud no como el objetivo de la vida sino como un recurso para la vida. Un concepto positivo que pone el acento en los recursos sociales y personales, tanto como las aptitudes físicas. Una consideración de la salud más allá del modelo asistencial que lleva a los sistemas sanitarios a plantearse una implicación importante en términos de prevención.

En 1974, el Ministro de Sanidad, Lalonde, en Canadá, estudia y analiza los determinantes de salud de una comunidad e identifica cuatro variables interrelacionadas: la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida. Según se desprende del “informe Lalonde”³, de estas cuatro variables, las dos últimas, las que hacen referencia a los factores sociales son las que determinan, en gran medida, la salud de las poblaciones.

En 1978, en Alma-Ata, con la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, surge la “Declaración sobre cuidados primarios de salud”, se exhortó a todos los gobiernos a que formularan políticas, estrategias y planes de acción nacionales con el fin de iniciar y mantener la atención primaria de salud para lograr alcanzar, en el año 2000, un nivel de salud que permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1986, en la 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa, se presenta la denominada “Carta de Ottawa”, en la que se destacan: la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema saludable y un uso sostenible de los recursos como prerrequisitos para la salud y quedando puesta de manifiesto la relación existente entre: las condiciones sociales y económicas, el entorno físico,

² Promoción de la salud, es la salud entendida como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Glosario de Términos de la OMS (1984).

³ Informe Lalonde. En el año 1974 ve la luz pública el conocido Informe Lalonde, en el que el Ministro de Sanidad canadiense que da nombre a dicho informe demuestra la importancia y el peso relativo y absoluto de los distintos determinantes de salud de una población y los correlaciona con los presupuestos de salud y gastos sanitarios de Canadá (Rosario Otegui Pascual 2002: 34).

los estilos de vida individuales y la salud. La OMS considera la salud un derecho humano fundamental y para ello todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos, por lo tanto desde una perspectiva integral de la salud todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales, económicas y el entorno físico deberán tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

La promoción de la salud es según la carta de Ottawa 1986, el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Todo ello implica prevenir la enfermedad es decir poner en marcha medidas para evitar la aparición de la enfermedad, detener su progreso y reducir sus consecuencias, una vez que la enfermedad ha aparecido. Promoción de la salud constituye, así, un proceso político y social global con acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mitigar el impacto en la salud pública e individual. En consecuencia promocionar la salud es iniciar un proceso que permita a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. La carta de Ottawa se refiere a las tres estrategias básicas para la promoción de la salud: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud frente a distintos intereses de la sociedad. Las áreas prioritarias en las que se apoyan estas estrategias, son las siguientes: establecer una política saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

En España la Ley General de Sanidad 14/1986 de 26 de Abril, es el marco de referencia normativo para la Reforma Sanitaria y el funcionamiento del sistema sanitario, poniendo el énfasis (capítulo 1º, art.º 3) en que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”, como uno “de los principios generales” del Sistema de Salud.

En 1997 la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la salud hacia el siglo XXI confirma que las estrategias básicas

para la promoción de la salud y las áreas de acción prioritaria son esenciales para todos los países.

La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Por ello, prevenir las drogodependencias desde la promoción de la salud significa capacitar a los individuos, grupos y comunidades para ejercer un mejor control sobre los determinantes tanto personales como ambientales, con la ayuda de un instrumento: la educación para la salud.

Características psicosociales de la adolescencia y estilos de vida

La adolescencia es considerada un estado de transición (Muuss, 1996) que va desde la niñez al periodo adulto. Comienza entre los nueve y los diez años y termina después de cumplidos los veintiuno (Coleman y Hendry, 1999: 8). En la adolescencia se producen una serie de cambios biológicos y psicológicos: 1) La pubertad es el cambio biológico que marca el inicio de la adolescencia. Estos cambios causan estrés a los adolescentes ante la incertidumbre que se produce en ellos al no saber cómo serán percibidos por los demás; 2) Se produce el paso del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, aumenta la capacidad para el pensamiento lógico y científico lo cual repercute en las habilidades para la comunicación, la toma de decisiones y la negociación. De acuerdo con Balaguer (2002: 7), “es muy importante atender al tipo de educación que reciben los jóvenes en este momento para saber si realmente se está potenciando lo que debe potenciarse o si por el contrario con la educación que recibe se frena este desarrollo”. Realizar la educación para la salud en la escuela al mismo tiempo que los padres refuerzan las mismas orientaciones, se convierte por ello en un factor de protección.

El egocentrismo de la adolescencia da paso al de la niñez. Las suposiciones acerca de las opiniones de la gente conforman

lo que se ha denominado la audiencia imaginaria del adolescente (Elkynd, 1967) que se mantendrán hasta los 15 y 16 años. Este egocentrismo les permite construir su propia historia personal, una historia sobre un éxito o fracaso imaginario obtenido en muchas áreas. La denominada fábula personal del adolescente (Elkynd 1967).

3) El autoconcepto es otra de las áreas a tener en cuenta. El adolescente se centra extremadamente en ellos mismos, elabora una imagen de sí mismo en función de situaciones que le toca vivir, esta, dependerá de las nuevas áreas que van a cobrar importancia, como la conducta moral, la importancia de la apariencia física y la percepción de sí mismo en relación con ellas. Un adolescente puede sobreestimar su capacidad en alguna área que le hace comprometerse con actividades en las que está condenado al fracaso o por el contrario infravalorar sus capacidades y evitar los desafíos o las actividades en las que puede obtener buen resultado (Harter, 1993). El feedback que los jóvenes reciben de padres, amigos y compañeros de clase facilita la adaptación de su imagen a la realidad (Musitu, Lila, Buelga y García, 1992). Como afirma Balaguer (2002: 10) “el autoconcepto es una construcción social en la que además de tener en cuenta nuestros resultados en las diferentes áreas (académica, deportiva, social, etc.) incorporamos las opiniones y actitudes que los otros tienen sobre nosotros mismos e integrar los distintos roles que el adolescente desempeña en una imagen coherente sobre sí mismo constituye uno de los grandes retos de este periodo”.

La búsqueda de la independencia y el deseo de separación del control adulto son otras características importantes (Jessor y Jessor, 1977), lo cual conduce a una negociación continua con los padres y a la generación de conflictos temporales al principio de la adolescencia pero generalmente se llega a un equilibrio. Son las relaciones con el grupo de los pares a las que conceden mayor importancia, entre ellos pasan el mayor número de horas y las relaciones son cada vez más estables e íntimas. Destaca su preocupación por la búsqueda de su identidad (Harter, 1993).

La educación familiar en el proceso de adquisición de sus conductas, durante la adolescencia, va a tener gran importancia en la toma de decisiones en relación con situaciones nuevas. La

escuela y otras organizaciones de formación y tiempo libre también van a transmitir los valores, creencias y actitudes, les van a guiar (Balaguer 2002: 11). Los programas de educación para la salud en la escuela permiten detectar las conductas de riesgo con las que se van a encontrar. La presión que ejercen los grupos de iguales, durante esta época, es muy importante.

La referencia que tienen los adolescentes de los padres, del grupo de amigos y compañeros van a influir en las conductas de los jóvenes y las normas del grupo van creándose con la convivencia entre el grupo de jóvenes de la misma edad, unas normas que pueden servir para proteger la salud o a ponerla en riesgo. A veces el adolescente vive la presión de tener que asumir dichas normas para no sufrir el rechazo del grupo, actuando en función de lo que cree que los demás esperan de él en la medida en que el adolescente tiene mejor conocimiento sobre sí mismo y mayor seguridad en sus propios recursos la incertidumbre y riesgo van desapareciendo. El grupo de amigos le permite reafirmarse y encontrar su identidad (Balaguer, 2002: 12). El enfoque psicosocial defiende que una determinada conducta, en cierto modo, no es voluntaria ya que está influida por el medio social (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Elliott, 1993; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992)⁴. Como indica Balaguer (2002: 14) existen conductas que ponen en riesgo la salud y otras las favorecen. Existen cuatro variables clásicas a las que hay que prestar atención: práctica de deporte, hábitos de alimentación, consumo de alcohol y consumo de tabaco, consumos de otras drogas ilegales. También son importantes otras variables como: la higiene dental, los hábitos de descanso, las conductas de riesgo y seguridad, la experiencia escolar, y las actividades de tiempo libre y las percepciones de salud que poseen los jóvenes así como las relaciones existentes entre estas conductas.

El proceso de socialización del individuo facilita la adquisición de hábitos saludables, aunque también influyen las actitudes, las creencias y los valores de la sociedad y de los grupos a los que pertenece el adolescente (Isabel Balaguer 2002: 14). En la adolescencia se experimenta y por eso constituye un momento clave en la adquisición de las conductas de riesgo para la salud, sobretudo cuando se convierten en un hábito, ya

⁴ En Balaguer (2002: 13).

que una vez adquirido es muy difícil de modificar, por eso la capacidad de influencia de los padres, educadores e instituciones son la clave de su formación.

Diversos modelos teóricos explican la socialización de los estilos de vida, y la socialización⁵ a lo largo del desarrollo. En primer lugar, una de ellas es la Teoría Ecológica de Desarrollo de Bronfenbrenner (1979) que nos permite observar las condiciones estructurales de la socialización. Según esta teoría la socialización surge en un contexto con determinadas condiciones estructurales, el ser humano se desarrolla en un ambiente ecológico, organizado en forma de estructuras concéntricas, de modo que cada una de las cuales está contenida en la siguiente. Este ambiente ecológico⁶ está compuesto por: macrosistema, mesosistema, exosistema y microsistema. La segunda, la Teoría de Campo de Kurt Lewin (1963), constituye el punto de partida para entender el desarrollo y los cambios conductuales. Según Lewin la conducta está en función de las relaciones que se establecen entre la persona y su ambiente. Para entender o predecir la conducta es necesario considerar a la persona y su ambiente como una configuración de factores interdependientes que conforman el espacio vital que a su vez está constituido por regiones que son espacios positivos y negativos, fuerzas que nos atraen y nos repelen. Esta teoría permite comprender los cambios de la posición de un individuo fuera o dentro del grupo y como conducen a cambios conductuales o del desarrollo (Balaguer, 2002: 17). En tercer lugar el Interaccionismo Simbólico George Herbert Mead 1934, constituye un modelo explicativo de la socialización que permite entender el proceso de cambio. Sobre todo permite comprender como se adquieren las normas, los valores, las actitudes y los hábitos de los grupos sociales o la cultura a la que se pertenece en definitiva como se adquiere el estilo de vida saludable dentro de los grupos de los que se forma parte. El adolescente se observa así mismo desde la perspectiva del otro generalizado de modo que al asumir al

⁵ Socialización: adquisición de valores, creencias, costumbres, actitudes y expectativas de una cultura o de un grupo social.

⁶ Macrosistema: subcultura o cultura en su totalidad. Exosistema: entorno más amplio sin relación directa con la persona. Mesosistema: interrelaciones entre entornos Microsistema: actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno.

otro generalizado se adquiere los valores de la cultura que va a marcar el estilo de vida. Por último, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura nos permite entender algunos aspectos referentes a la adquisición de conductas de salud a través de procesos de aprendizaje como la imitación y el modelado. Durante la vida aprendemos de forma indirecta observando como se comportan los demás y cuales son las consecuencias de estos comportamientos. El modelado observacional permite que la conducta de los padres, amigos, iguales y profesores, como también las consecuencia que las conductas tienen para los que la realizan, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños y adolescentes (Balaguer, 2002: 18).

Desde modelos teóricos como la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) se pueden entender los estilos de vida relacionados con la salud a partir de la explicación del comportamiento del desarrollo adolescente y de porqué los adolescentes tienen determinados comportamientos de riesgo para la salud como sería fumar o consumir drogas. Desde este modelo se defiende que estas “conductas problemáticas de la adolescencia son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación (esos adolescentes son mas propensos a desviarse de las normas sociales y se sienten atraídos hacia lo no convencional)”. Las características biológicas y genéticas, las del ambiente social, las del ambiente percibido, la personalidad y otras conductas que realice el adolescente son determinantes que influyen en la conducta. Hay unos factores que incitan al riesgo y otros que protegen de las conductas problemáticas. Entre los factores de riesgo del ambiente social esta la pobreza, la anomía normativa o carencia de valores sociales, la desigualdad racial, y las oportunidades para probar las conductas de riesgo. Entre los factores de protección del ambiente social encontramos las escuelas de calidad, la familia unida o cohesiva, los recursos del barrio y la presencia de adultos interesados por los jóvenes (Balaguer, 2002: 19).

El Modelo Focal (Coleman, 1974), plantea como el afrontar cada cuestión a un tiempo y darle respuesta hace que el proceso de adaptación sea menos estresante que resolver diferentes relaciones al mismo tiempo. La clave del proceso de adaptación a lo largo de los años, según Coleman 1978, es intentar resolver primero una cuestión y luego la siguiente.

La Teoría Focal del Tiempo Libre (Hendry 1983), permite observar las oscilaciones en el foco de interés en los jóvenes por las actividades de ocio. Así a los 13 años el interés se centra en actividades de ocio organizadas ya que les da seguridad la supervisión que ejercen los adultos y coinciden con el interés por las relaciones heterosexuales. A los 15 años se centran en actividades casuales, en la calle en parques y coinciden con la motivación por relacionarse con amigos del mismo sexo. Mas tarde a los 17 años buscan la independencia de los padres interesándose por ser observados como adultos que eligen libremente sus actividades, no son cambios bruscos si no que están sujetos a oscilaciones. Un factor de protección lo constituye el mantener una buena relación con los adolescentes de modo que nunca se rompa el diálogo en este tránsito desde la adolescencia al periodo adulto ya que como afirma Balaguer permite “poderles ayudar a comprender y facilitar su adaptación al cambio”. Para ello es muy importante que padres y educadores comprendan cuales son los cambios biológicos, psicológicos y sociales que atraviesan. En este cambio son fundamentales los padres, los educadores y los iguales ya que los jóvenes mas que nunca en esta etapa se van a enfrentar con situaciones arriesgadas para su salud, como son el consumo de tabaco, alcohol otras drogas, mantener relaciones sexuales sin protección etc. La información que adquieren sobre los valores, las creencias, las actitudes y las normas van a regular la conducta. La influencia de las personas adultas va a ser muy importante en la adquisición de un estilo de vida saludable⁷ así como el medio social en el que viven por eso la política, la educación, la familia, pueden ser factores de protección o factores de riesgo. También va a ser muy importante ayudar a descubrir al adolescente capacidades que permitan su realización personal, todo aquello que permita un entretenimiento, una diversión saludable.

⁷ Estilos de vida saludables: son un conjunto de patrones conductuales relativamente estable, de los individuos o grupos que son beneficiosos para la salud. Patrones conductuales: son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez Marín y García 1995).

El ámbito escolar: un espacio importante para la prevención de las drogodependencias

La educación para la salud es uno de los temas transversales sobre los que el centro educativo ha de trabajar proporcionando el marco apropiado para incorporar la prevención del abuso de drogas, ya que las conductas de consumo de éstas forman parte de posibles estilos de vida no saludables.

Educar para la salud supone informar y responsabilizar al individuo para que adquiera los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.

La educación para la salud supone educar a los individuos ayudándoles a configurar estilos de vida lo más sanos posibles que sean incompatibles con el uso nocivo de drogas. Esto requiere actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo: no consiste en actuaciones puntuales, si no que ha de abordarse de una manera globalizada e interdisciplinar, además es una tarea que compete a todo el centro, que se trabajará desde la transversalidad y que estará presente en las decisiones del Proyecto Educativo, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula.

La elección del ámbito educativo para llevar a cabo la prevención de drogodependencias se debe al hecho de que la escuela junto con la familia y el grupo de iguales es uno de los principales agentes de socialización y es donde se continúa el proceso de enculturación iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes generadas en ellas o modificándolas en aquellos casos que sean necesario. Otra de las razones importantes para ello es que la escuela actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia. Además a lo largo de la edad escolar los alumnos: están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos, entre ellos, el consumo de drogas; debido a que la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por los centros escolares pasen todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad; porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo; porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad edu-

cativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

La escuela, además, no es sólo un lugar donde se adquieren aprendizajes académicos, sino que sirve también para adquirir enseñanzas relacionadas con la conducta social, aprendizajes afectivos y actitudinales que son necesarios para enfrentarse adecuadamente al consumo de drogas⁸.

El modelo teórico general que subyace a los programas preventivos de drogas

La necesidad de comprender el consumo de drogas para plantear la prevención, hace necesario partir de un marco teórico general que sirve de base a los programas preventivos de drogas. Éste se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo⁹. La síntesis de este modelo puede resumirse, según Becoña (2001 y 2002: 48), en tres ejes básicos:

1. Los factores que facilitan el inicio y el mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras¹⁰.
2. La progresión en el consumo de drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
3. Las variables socioculturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias¹¹.

⁸ Actuar es posible. La prevención de drogodependencias en la comunidad escolar. Plan Nacional de Drogas 1.996.

⁹ Etiología del consumo: el modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en las causas que originan el consumo.

¹⁰ Factores que influyen en el consumo: personalidad, estilo de vida, factores ambientales (véase el libro de Becoña citado cuando hace referencia a Yamaguchi y Kandel, 1984 y a Werch y Anzalone, 1995).

¹¹ Variables: edad, sexo, grupo étnico, lugar geográfico, nivel de uso de la droga, edad de comienzo, disponibilidad de la droga, aceptación de la droga, precio de la droga (véase Becoña: Werch y Anzalone, 1995). Otras variables según el estudio de Kandel y Davies (1982): comienzo temprano, tener compañeros con conductas desviadas, baja participación religiosa, bajas expectativas educativas, consumo por parte de los padres.

Pero el objetivo de los distintos modelos teóricos desde una perspectiva científica es analizar las diferentes variables para comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no, con la finalidad de aplicar estrategias preventivas adecuadas que permitan detener el consumo o que éste no se produzca, mediante la prevención, para ello se hace necesario manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo (factores de riesgo) y potenciar los factores que facilitan el no consumo (factores de protección).

Un modelo que subyace a la prevención de las drogodependencias es el de la “escalada del consumo de drogas” desde las drogas legales (tabaco y alcohol) a las ilegales (marihuana-cocaína-heroína). La hipótesis de la escalada, tiene su origen en los años 50, afirmaba que “el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína” (Becoña, 2002: 48). Aunque, según O’Donnell y Clayton (1982), no se ha conseguido demostrar que esta hipótesis sea cierta. Como afirma (Becoña, 2002: 49) “este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas”, ya que “quienes defendían y afirmaban esa causalidad no eran científicos, si no las personas encargadas de la represión del consumo y que no siempre seguían un criterio objetivo”. Estas afirmaciones lo que en realidad facilitaron fue el desarrollo de una teoría secuencial de la implicación en el uso de drogas en la línea a la teoría de la escalada. La teoría secuencial vendría a demostrar que existen cuatro fases para el consumo de drogas que van desde la ingesta de las legales a las ilegales y estas fases serían las siguientes: primera fase, consumo de cerveza y vino; segunda, consumo de cigarrillos o licores; tercera, consumo de marihuana; cuarta, consumo de otras drogas ilegales.

Al parecer estas secuencias han podido confirmarse en los estudios de Kandel, 2002, en EEUU y también en España, en los trabajos de Recio en 1995, que indican la existencia de una secuencia general de progresión estable y acumulativa entre los adolescentes, pero que, no obstante, debe ser considerada en términos de probabilidad y no de causalidad, es decir que no existiría una relación causa efecto generalizada.

En esta misma línea afirma Becoña (2002: 48) “aunque el uso de una droga previa no indica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, sí que de aquellos que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco

y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana”.

Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

Las diferentes teorías y modelos que explican el consumo de drogas y la prevención de las drogodependencias se pueden clasificar en tres grupos: 1) Teorías parciales o basadas en pocos componentes; 2) Teorías de estadios y evolutivas y 3) Teorías integrativas y comprensivas (Becoña, 2002: 80).

Respecto al primer grupo, las teorías parciales o basadas en pocos componentes. Se caracterizarían por explicar el consumo de drogas, como su propio nombre indica, con muy pocos elementos o componentes.

En este grupo se incluyen las teorías y modelos biológicos que explican la adicción como un trastorno con sustrato biológico, reduciendo la explicación a una causa biológica. También se encontraría en este grupo la hipótesis de la automedicación, según la cual el individuo consumiría la sustancia porque una vez que la ha descubierto, probado y ha notado con ella sus efectos positivos, su organismo precisa autorregularse mediante la misma (Casas *et al.*, 1992).

El modelo de creencias de salud y de competencia, derivado del de promoción de la salud y de la salud pública. Una de las aproximaciones psicosociales utilizadas para explicar la conducta relacionada con la salud. Los objetivos de este modelo son dos: 1) promover la competencia individual y 2) desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Costa y López, 2000).

Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención, basadas en la conducta como fenómeno de adquisición que sigue las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. El objetivo de estas teorías es explicar cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas nuevas o debilitar las que ya están en el repertorio conductual del individuo (Becoña 2002: 98).

Las teorías actitud-conducta, teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y teoría de la conducta planificada de

Ajzen (1988), basadas en la demostración de que es posible predecir la conducta a partir de las actitudes del sujeto y creencias del mismo, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986).

Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima (1986) y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan *et al.* (1996). La primera, parte de la búsqueda del adolescente de aceptación y aprobación para su conducta, si su conducta se desvía de las expectativas de padres, profesores y personas importantes, para ellos pierden el favor de los adultos que les dan afecto y experimentan un malestar psicológico que deben resolver, sentimientos de auto-rechazo y respuesta correctiva y compensatoria. La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) según la cual "realizar un acto que se considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella y en donde lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo define como adaptativo". Partiendo de la base de que la persona necesita encontrar el modo de poder valorarse positivamente así misma a través de la valoración positiva de las personas que le rodean, si no encuentra esta aceptación de las mismas, estará motivado para implicarse en actividades desviadas que le lleven a disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos de autorespeto. Estas actividades desviadas pueden implicar la realización de actos ilegales unido al rechazo de las normas convencionales y alejamiento de los adultos.

Otro modelo dentro de este mismo grupo es el basado en la afectividad (Pandina *et al.* 1992). La afectividad es considerada por Pandina un mecanismo clave en la determinación y control de la conducta. El consumo de drogas es explicado por la existencia de una relación entre el afecto negativo, el arousal¹² elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas. Se llega a la conclusión de que quienes estén deprivados crónicamente de reforzamiento positivo y necesiten niveles elevados de activa-

¹² Arousal: estado general de activación cortical difusa que sigue a la estimulación sensorial. Atención – reacción de orientación. Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch.

ción es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas (Becoña, 2002: 120).

Las teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos, que parten de la hipótesis de que "el consumo de sustancias u otro tipo de problemas es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o mas miembros de la familia, produciendo disfunción en el sistema familiar" (Walldrom, 1998).

Modelos como el social de Peele 1985, parten de la afirmación de que "no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual a la misma" (Becoña, 2002: 123).

El segundo gran grupo de teorías, las Teorías de estadios y evolutivas. Basadas en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez para explicar el consumo de drogas.

En el modelo evolutivo de Kandel el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales: se comienza por el consumo de drogas legales, sustancias de iniciación, que facilitan el paso al consumo de otras sustancias como marihuana y posteriormente se produce el consumo de otro tipo de drogas ilegales. En este modelo, Kandel parte de la teoría de la socialización. Las cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales según Kandel son las siguientes tal como se desprende de los estudios que ha realizado: 1) cerveza o vino; 2) cigarrillos o licores; 3) marihuana; 4) otras drogas ilegales (Becoña, 2002: 140). Parece concluyente que las drogas legales son la puerta de entrada hacia el consumo de drogas ilegales. Aunque no se produzca esta secuencia en todos los sujetos por igual, en términos probabilísticos el consumo de una sustancia en una fase, incrementa la posibilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. En este modelo también se relaciona el consumo o no de drogas ilegales con dos elementos básicos: la familia y el grupo de iguales, sin olvidar otros factores como las características personales. Al parecer este modelo ha sido de gran utilidad en varios estudios de seguimiento y el patrón de evolución propuesto presenta un gran nivel de generalización (Becoña 2002).

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994) se basa en la existencia de una serie de estadios, desde

el no uso de drogas hasta el uso continuado: 1) cuando no se contempla utilizar drogas; 2) cuando se piensa iniciar el consumo; 3) cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) cuando se produce el inicio del consumo; 5) cuando se continúa consumiendo. Este modelo orienta la prevención primaria con la finalidad de ayudar a los jóvenes a mantenerse en la no utilización de las drogas o bien a que no pasen de la etapa de la experimentación al uso regular de las drogas (Becoña, 2002: 145).

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim *et al.* (1998) también se conoce con el nombre de efecto Pigmalión¹³ o modelos de comunicación de expectativas. La familia es considerada en este modelo como un elemento básico de socialización de los valores de la sociedad pero la vinculación del individuo al orden social no solo se obtiene por imitación sino que depende en gran medida de la influencia que tiene, como los otros nos ven y nos tratan, en nuestro modo de pensar y de creer. Además el modo como otros nos perciben está condicionado por las expectativas que ellos puedan tener previamente (Becoña, 2002: 149).

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) se basa en la autorregulación. Sus elementos clave son el control personal y la eficacia, de manera que si fallan, el individuo responde a sus necesidades y a las presiones situacionales inmediatas. Si no tiene metas personales o son poco importantes, difíciles costosas o improbables de conseguir, le puede llevar a la alienación y al estado depresivo. Los estudios de Labouvie demuestran que a medida que transcurre el tiempo, hay un descenso en el consumo de sustancias en el individuo, en sus amigos e incrementos en el número de parejas que se casan lo que lleva a un incremento en la convencionalidad tanto en varones como en mujeres (Becoña, 2002: 151) que se explica como parte del proceso de madurez hacia el que se tiende a medida que se avanza en edad.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996) plantea que llevar a cabo actividades prema-

¹³ Efecto pigmalión: las expectativas, actitudes, convicciones y prejuicios de los profesores frente al alumno influyen en la conducta de éste. Rosenthal y colaboradores.

turas en implicarse en responsabilidades típicamente adultas en una temprana edad en la adolescencia facilita la adquisición de las habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto. En esta teoría se da gran importancia al factor biológico.

El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992) para explicar el abuso de sustancias, está basado en los factores de riesgo asociados con la etiología del abuso de sustancias: factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problemáticas, factores psicológicos y psicopatológicos, factores ambientales y sociales.

El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996) se compone de tres factores: la predisposición, el uso de drogas y el sistema permitido.

La teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting (1998) y colaboradores surge para solventar las limitaciones de las teorías anteriores, se centra en las conductas problema y parte de la premisa de que todas las conductas sociales son aprendidas o al menos tienen componentes que son aprendidos aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable (Becoña, 2002: 161).

Por último, el tercer gran grupo de teorías lo constituyen las Teorías integrativas y comprensivas. Basadas en la integración de distintos componentes de diversas teorías en algunos casos y en otros casos son el planteamiento de una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática.

Dentro de estas teorías, el modelo de promoción de la salud o de la salud pública parte del derecho humano a la salud "salud para todos" como un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico según la Declaración de Yakarta (World Health Organization, 1997). Pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad (Becoña, 2002). Las estrategias que este modelo utiliza son: establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de (Bandura 1986), una de las más importantes teorías psicológi-

cas en el campo de las drogodependencias se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto con el ambiente en que se lleva a cabo la conducta. Tiene una gran utilidad en programas preventivos, los más importantes parten de ella. Ofrece un modo adecuado para poder conceptuar el problema de la dependencia, teniendo en cuenta los elementos que llevan a su inicio, mantenimiento y abandono de las mismas. Esta teoría insiste en el concepto de autoeficacia como componente central de la misma y como elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Becoña, 2002: 182).

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección. Integra la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Se sostiene la hipótesis de que los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial son similares. Se concede gran importancia a los factores de riesgo y protección.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977), es un punto de referencia de la llamada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes que considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes da una gran importancia a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación como elemento fundamental que mantienen a una parte de la población adolescente en lo que se denomina "en riesgo" (Becoña, 2002: 194). Desde esta perspectiva se trata de reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con un cambio en el estilo de vida. Otros de los aspectos importantes de esta teoría es que descarga gran parte de la responsabilidad del individuo y responsabiliza también al contexto social, al causar y mantener muchas conductas de riesgo, lo que exige un cambio en el mismo, tratando de eliminar la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

Otro modelo dentro de este grupo es el Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin a partir del desarrollo de un programa preventivo. Calafat et al. 1992 elabo-

raron el programa preventivo "Tú Decides", basado en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Los múltiples factores que se asocian al consumo de las drogas los encuadra Calafat como factores de riesgo y de protección en la denominada red de factores, entre ellos, la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo. La prevención se orienta en la línea de influir sobre esos factores de riesgo y protección para evitar el consumo.

Por último, el modelo de autocontrol de Santacreu *et al.*, 1991-1992, basado en el autocontrol y partiendo del modelo bio-psico-social. Consideran que el problema surge por el intento del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen, para buscar independencia del refuerzo paterno y conseguir cierta capacidad de autocontrol. Por propio desarrollo evolutivo él adolescente busca refuerzos alternativos a los que obtenía en la familia.

Factores de riesgo y factores de protección

Tratar de averiguar los factores de riesgo y protección¹⁴ del consumo de drogas es buscar las causas que originan los consumos o los mantienen, un paso previo para la elaboración de programas de prevención. Los factores de riesgo y protección van paralelos al proceso de socialización. El medio familiar al comienzo de la socialización ocupa un lugar destacado, ya que en la familia, la persona se socializa, aprende y adquiere las creencias, las actitudes, las normas sociales, los valores y surgen unas conductas. El aprendizaje, la observación, y las consecuencias de las acciones modelan el modo de ser del niño y

¹⁴ Factor de riesgo "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)" (Clayton, 1992: 15). Factor de protección "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992: 16).

del adolescente. La escuela, los compañeros y amigos continúan el proceso de socialización, durante la adolescencia. En este proceso se va a encontrar con una serie de factores de riesgo y protección, unos de su ambiente y medio social, otros de su familia, otros de sus compañeros y amigos y de su sistema escolar y, finalmente otros que le van a ser propios. Hay una mutua interrelación entre unos y otros, que a su vez se han modulado por la historia y el aprendizaje (Becoña 2002). La prevención consiste en incidir en los factores de riesgo que pueden ser alterados, para reducirlos y a su vez incrementar los factores de protección. Generalmente el consumo de drogas va acompañado de otras conductas problemáticas (conductas desviadas, antisociales o problemática socialmente). Detectar que adolescentes son vulnerables a estos problemas es de gran importancia para ellos y para la sociedad, por lo tanto mejorar el bienestar social biológico y psicológico de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas (Becoña 2002).

En definitiva se trata de incidir en los tres aspectos de la salud: físico, psicológico y social. Hay que tener en cuenta que a medida que las personas tienen más edad disminuye el consumo de drogas, esto se explica como consecuencia de un proceso de madurez. Por lo tanto la adolescencia sería la etapa donde debería de haber un mayor despliegue de factores de protección. Newcomb y Bentler (1986, 1988), afirman que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociada con la asunción temprana de los roles adultos, abandono de los roles de estudiante adolescente, teniendo luego problemas con los roles adultos, mayor porcentaje de divorcios, inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares.

El consumo de drogas puede estar asociado con el desarrollo precoz, pero también con la disfunción psicosocial que unido a una correlativa falta de maduración y de habilidades puede ser responsable de ello.

Muchos de los primeros consumos comienzan en la familia, pueden observarse en sus miembros, o algún miembro de la familia puede incitar al joven para su consumo. Después en sus amigos y compañeros, éste es un elemento importante que no constituye toda la realidad del problema, pero que es un ele-

mento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, sobretodo cuando no tienen habilidades adecuadas de afrontamiento, o son vulnerables para el consumo de esas sustancias, aumenta el riesgo de consumo.

El modelo epidemiológico del uso de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999), sostiene la hipótesis de que el consumo está influenciado por el número más que por el tipo de factores de riesgo al que la persona está expuesto. Cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección, así como los otros posibles riesgos asociados al consumo de drogas o a otras conductas problemáticas, conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas o no las consumen.

Los principales factores de riesgo y protección más representativos relacionados con el consumo de drogas podemos agruparlos en seis: individual, iguales, familia, escuela, comunidad y sociedad. Gardner et al, en el año 2001, publicaron un listado de factores de riesgo y protección elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention, el CSAP norteamericano. Teniendo en cuenta este listado en el nivel individual los principales factores de riesgo serían: la rebeldía, amigos que se implican en conductas problemáticas, actitudes favorables hacia la conducta problema, iniciación temprana en la conducta problema, relaciones negativas con los adultos y propensión a buscar riesgo o a la impulsividad. Entre los factores de protección estarían incluidas las oportunidades para la implicación prosocial, refuerzos y reconocimientos por la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, sentido positivo de uno mismo, actitudes negativas hacia las drogas, y relaciones positivas con los adultos. Dentro del grupo de iguales los factores de riesgo más importantes son la asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas, asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad y la susceptibilidad a la presión de los iguales negativa. Los factores de protección respecto al dominio iguales son la asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, la resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas y la dificultad para ser influenciado por los iguales. Con respecto a la familia

los factores de riesgo serían la historia familiar de conductas de alto riesgo, problemas de manejo de la familia, conflicto familiar, actitudes parentales e implicación en la conducta problema y como factores de protección podemos hablar del apego, las creencias saludables y claros estándares de conducta, altas expectativas parentales, un sentido de confianza básico y dinámica familiar positiva. En el dominio escuela los factores de riesgo serían una temprana y persistente conducta antisocial, fracaso académico desde la escuela elemental y un bajo apego a la escuela. Entre los factores de protección se encontrarían las oportunidades para la implicación prosocial, los refuerzos y reconocimiento para la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro y clima instruccional positivo.

Respecto al dominio comunidad y como factores de riesgo encontraríamos la disponibilidad de drogas, Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas, privación económica y social externa, transición y movilidad y bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria. Como factores de protección se encontrarían las oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad, descenso de la accesibilidad a la sustancia, normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes, redes sociales de apoyo dentro de la comunidad. En el dominio sociedad los factores de riesgo serían el empobrecimiento, desempleo y empleo precario, discriminación y mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación, y los factores de protección serían mensajes en los medios de comunicación de resistencia al uso de drogas, descenso de la accesibilidad, incremento del precio a través de los impuestos, aumentar la edad de compra y acceso y leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.

De acuerdo con (Becoña, 2002) cuanto más y mejor se conozcan los factores de riesgo y protección, los posibles riesgos asociados al consumo de drogas o a otras conductas problema, no sólo conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas o no las consumen, sino que podremos desarrollar cada vez programas preventivos más adecuados y más eficaces.

Bibliografía

- ALONSO, C. (1995). Tabaco, Alcohol y Educación. Una actuación preventiva. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.
- ARANA, X, MARQUEZ, I. y VEGA, A. (2000). "Drogas. Cambios sociales y legales ante el tercer milenio". Madrid: Dykinson.
- BALAGUER, I. (2002) Estilos de vida en la adolescencia. Valencia: Promolibro.
- BAS, E. (2000). Prevención de drogodependencias en secundaria. Madrid: Narcea.
- BECOÑA, E. (1986). La relación actitud-conducta. Santiago de Compostela: Grial.
- BECOÑA, E. (2001). "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas". Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- CALAFAT, A. (1992). Tu Decides. Valencia.
- CASAS, M., PEREZ, J., SALAZAR, I. y TEJERO, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En CASAS, M. (Ed.). Trastornos Psíquicos en Toxicomanías (I) (pp. 367-3759. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- COLEMAN, J.C. y HENDRY, L. B. (1999). The nature of Adolescent. London: Routledge.
- COMAS, D. y otros. (2003). "Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos". Madrid. FAD
- "CONSTRUYENDO SALUD" (2002). Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2000). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid. Pirámide.
- DORSCH, F. (1994). Diccionario de psicología. Barcelona: Herder.
- ELKIND, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child Development, 38 (pp. 1025-1034).
- ESCOHOTADO, A. (1999). Historia general de las drogas. Madrid: Espasa.
- ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- FUNES, J. (1990). Nosotros los adolescentes y las drogas. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- HARTER, S. (1983). Development perspectives on de self-sistem. En HEDERINGTON, E. M. (ed.), Handbook of child psychology. Vol. 4. socialization, personality and social development (pp. 275-386) new Cork. Wiley.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academia Press.
- “JÓVENES Y DROGAS” UNIDAD DIDÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN. (2000). Bilbao: EDEX.
- KAPLAN, H. B. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance. Refinement and elaboration of a latent structure. Social Psychology Quarterly, 49 (pp. 110-128).
- KAPLAN, H. B. (1996). Empirical validation of the aplicability of an integrative theory behaviour to the study of drugs use. Journal of drugs Issues, 262 (pp. 345-377).
- Ley General de Sanidad 14/1986.
- MIRANDA, M. y otros. (2000). Monográfico “Educación y Promoción de la Salud”. Zaragoza. Asociación Trabajo Social y Salud.
- MEGIAS, E. (2000). Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. Barcelona: Fundación La Caixa.
- MEGIAS, E, COMAS, D, ELZO, J, NAVARRO, J. y ROMANI, O. (2000). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD.
- MUSS, R. (1996). Theories of adolescence (6ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- MUSITU, G. LILA, M. BUELGA, S. y GARCÍA, F. (1992). Relations between family communication and self-concep. Comunicación presentada en the XXVth International Congress of Psychology.
- NEWCOMB, M.B. Y BENTLER, P.M. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. Americam Journal of Community Psychology, 14 (pp. 303-321).
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. Informe nº 1 (1998). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- O'DONELL, J. A. y CLAYTON, R. R. (1982). The stepping-stone hipótesis-Marijuana, heroin, and causalita. Chemical Dependencias: Behavioral and Biomedical Issues, 4 (pp. 229-241).
- OTEGUI, R. (2002). Modelos de participación y concepción de salud de los ciudadanos (pp. 33-41) en PLUMED, M. y

- CAÑADA, M. V. (compiladores). (2002) Monográfico. “La participación en salud”. Zaragoza. Asociación Trabajo Social y Salud.
- PANDINA, R., JOHNSON, V. y LABOUVIE, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependece. En M. Gland y R. Pickens (Eds.), Vulnerability to drugs abuse (pp. 179-209). Washington , DC: American Psychological Association.
- SAEZ, S, MARQUÉS, F. y COLELL, R. (1998). Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños. Lleida. Pagés editors.
- SALDAÑA, C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas de la adolescente. Madrid: Pirámide.
- SEPILLI, A. MODOLO, M. A. (1981). Educazione Sanitaria. Roma: Il Pensiero Científico.
- TRABAJO SOCIAL Y SALUD. Nº 35 (2000). Monográfico “EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD”. Zaragoza. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- V.V.A.A. (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas. Colección: Actuar es posible.
- WALDROM, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y M. Versen (Eds.), Comprehensive clinical psychology vol. 5 (pp. 539-563). Oxford: Elsevier Science Ltd.