

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUÍS AMIGÓ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y ACTIVIDAD FÍSICA  
POSTGRADO EN FARMACODEPENDENCIA  
COHORTE XIX**

**REVISIÓN DE LOS MODELOS PREVENTIVOS EN  
FARMACODEPENDENCIAS**

**¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LOS MODELOS PREVENTIVOS EN EL  
TEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA?**

Autoras.

Gloria Lucia Correa Roldán  
Yaneth Andrea Tamayo Arroyave  
Claudia Patricia Velásquez Cárdenas

Asesores.

Gustavo Calderón Vallejo  
Guillermo Castaño Pérez

Medellín

2010

*A Dios, por la esperanza que nos mueve  
y el amor que nos da felicidad, por  
permitirnos la luz para prepararnos y  
cumplir la misión que nos encomendó.*

*A nuestras familias, por su amor,  
comprensión y paciencia, por su  
compañía en el afán por alcanzar  
nuestros sueños.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro Creador, Por habernos dado la vida, la sabiduría y la fuerza para culminar nuestra especialización con el mejor de los éxitos.

A la Fundación Universitaria Luis Amigó, por su receptividad y apoyo, por proporcionarnos sus mejores aportes académicos, por permitirnos que fuera posible nuestra preparación profesional, la cual nos genera un compromiso de intervención y apoyo en el futuro de nuestra sociedad.

A mi esposo Darío Torres y mi hija Valeria.

A mi esposo Luis Fernando y mi hija Salomé.

A mi familia Correa Roldán, hermanos y sobrinos.

Por todo el apoyo y la confianza que depositaron en nosotras, desde el inicio hasta el fin de nuestra especialización; y la comprensión que nos han dado.

A los profesores por su tiempo, dedicación y orientación en el desarrollo de nuestro trabajo, y por habernos aportado los conocimientos necesarios para la realización y conquista de este triunfo, por su confianza y motivación y por haber estado ahí siempre para cumplir nuestras metas.

## **CONTENIDO**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1. PROBLEMA**

#### **2. OBJETIVOS**

General

Específicos

#### **3. METODOLOGÍA**

#### **4. MARCO CONCEPTUAL**

4.1 Concepto de droga y dependencias

4.2 Ámbitos de prevención

4.3 Modelos aplicados a la prevención en drogodependencias.

4.1 Modelos basados en la autoestima, la moral y el estrés

4.2 Modelos basados en la información

4.3 Modelos basados en Factores de Riesgo y en la teoría del aprendizaje

4.4 Modelos basados en el enfoque sistémico

4.5 Modelos basados en la afectividad

4.6 Modelos basados en las habilidades personales

#### **5. ANÁLISIS DE LOS MODELOS Y SU APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO**

Modelo Informativo

Modelo de Habilidades Generales

Modelo de Factores de Riesgo

#### **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **7. BIBLIOGRAFÍA**

## INTRODUCCIÓN

*“Creemos que las condiciones están dadas como nunca para el cambio social, y que la educación será su órgano maestro. Una educación, desde la cuna hasta la tumba, inconforme y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad que se quiera más a sí misma. Que aprovecha al máximo nuestra creatividad inagotable y conciba una ética - y tal vez una estética - para nuestro afán desaforado y legítimo de superación personal. Que integre las ciencias y las artes a la canasta familiar, de acuerdo con los designios de un gran poeta de nuestro tiempo que pidió no seguir amándolas por separado como a dos hermanas enemigas. Que canalice hacia la vida la inmensa energía creadora que durante siglos hemos despilfarrado en la depredación y la violencia, y nos abra al fin la segunda oportunidad sobre la tierra que no tuvo la estirpe desgraciada del coronel Aureliano Buendía. Por el país próspero y justo que soñamos.”*

*Gabriel García Márquez*

El texto anterior conduce a una reflexión desde el campo educativo, presentándose un aporte importante referente al cambio social y la nueva forma de pensamiento del hombre actual; un hombre integrador y futurista que busca en la existencia, a través de todas sus experiencias, encontrar el verdadero sentido de la vida y sobre todo libertad, las cuales le permitan un desarrollo personal y social con equidad. La educación es una responsabilidad compartida que involucra, no solo a los padres de familia y educadores, sino también al personal de salud y al sujeto como tal, permitiéndole a éste hacerse responsable de su propia existencia.

En el campo de la prevención en drogadicción considerado en la actualidad como un problema de salud pública, se hace necesario que todos los agentes sociales formen parte activa para la solución de la problemática de las drogas, para unir esfuerzos que permitan sumar las iniciativas individuales a lo colectivo. Y así lograr fortalecer cada día la educación preventiva orientada a generar cambios en la conciencia de los individuos, al igual que pueda generar responsabilidades, en los diferentes modos de prevención que busquen disminuir factores de riesgo en los ámbitos social, familiar e individual de la población del país, asumiendo un marco legal de referencia concreto, cimentando su propia vida.

El consumo de drogas se ha convertido en un importante problema social en los últimos años, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Un modo de contener este problema es a través de la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas; en los últimos veinte años se han implementado diferentes programas preventivos que por su contenido y estrategias puestas en marcha han obtenido grandes resultados, otros por el contrario no cuentan con un soporte teórico lo suficientemente claro, o carecen de elementos de tipo ecléctico que les permitan a los expertos reconsiderar posturas demasiado cerradas frente a la intervención. Aunque los resultados obtenidos en el campo de la prevención son buenos, continúan presentándose grandes falencias que serán explicadas a través de este estudio, en donde se dan a conocer algunos de los modelos preventivos más utilizados en el contexto, su importancia y efectividad.

A través de este trabajo monográfico se realizará una descripción de los modelos preventivos que por su contenido y aportes teóricos han contribuido en gran medida a disminuir los riesgos en adicciones; se hará una reflexión que permita determinar la pertinencia de estos modelos, reconocer su grado de aplicabilidad, así como también se realiza una crítica a los modelos que resultan en la actualidad ser contrapreventivos y se exponen algunos factores, que no contribuyen a la eficacia de los mismos desde la aplicabilidad en los

diferentes contextos. Se abordan diferentes conceptos de prevención en adicciones; en una primera parte se explican las diferentes teorías que han llevado al establecimiento de los programas preventivos, se enriquece con una descripción de los modelos preventivos considerados más útiles en el contexto objeto de estudio, haciendo claridad en cada uno de los más aplicados, teniendo en cuenta además diferentes programas preventivos.

En la segunda parte del trabajo, se promueve una descripción específica de los modelos preventivos, escogidos de acuerdo con la pertinencia en el medio circundante. Y en la última parte del trabajo se hace el análisis de cada uno de estos modelos de acuerdo con su pertinencia y aplicabilidad en el medio, dando a conocer los aportes más relevantes de cada uno.

En el capítulo final se abordan algunos de los factores que fortalecen los modelos preventivos y sus debilidades, es decir, se hace una evaluación que permita al lector identificar falencias, tanto en el contenido de los modelos, como dificultades a la hora de intervenir en el campo preventivo.

El presente texto es una oportunidad para que el lector identifique conceptos teórico-prácticos en el campo de los modelos preventivos, suministrando una abierta ponderación por la eficacia de algunos de estos modelos en el contexto actual, sus ventajas y su proyección en los campos de intervención.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LOS MODELOS PREVENTIVOS EN EL TEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA?**

La dependencia a las sustancias psicoactivas es un problema que data de épocas muy antiguas no sólo en esta sociedad sino en muchas otras. Pero su mirada no ha sido siempre la misma, ya que año tras año se dan cambios, tanto en cada persona como en la cultura y la sociedad que van dando una lectura distinta a esta problemática.

La farmacodependencia es hoy uno de los problemas más fuertes que ha afectado a la sociedad y al propio consumidor; por ello es de vital importancia comprender que no sólo es un proceso individual, sino que en ello intervienen diversos factores de tipo personal, familiar, psicosocial y sociocultural.

Cuando se habla de programas para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas puede dejar un sentimiento de confusión y pesimismo. Ya que muchos de estos carecen desde su inicio de un modelo teórico que los enrute, y que les dé soporte epistemológico y científico a dicha intervención. Si estos programas nace con esta falencia, sus resultados pueden ser poco efectivos, o inesperados. Y su evaluación por tanto ser negativa.

Acorde con lo anterior, el problema del cual parte el presente trabajo se enmarca en esta falta de revisión de modelos teóricos que puedan orientar una buena intervención en el contexto colombiano. En consecuencia, se propone realizar una revisión detallada de los modelos preventivos resaltando aquellos que por su sustento teórico son más aplicables al contexto colombiano, y puedan por tanto contribuir a la creación de estrategias mas efectivas, conservando la visión multidimensional que caracteriza al individuo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Revisar los distintos modelos preventivos que se han aplicado en farmacodependencia, rescatando la importancia en su aplicación al contexto actual.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los modelos existentes en prevención de la drogodependencia.
- Identificar la aplicabilidad que tienen algunos modelos preventivos en nuestro contexto.

### 3. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta algunos referentes teóricos basados en un enfoque cualitativo, el cual determina en gran medida el fortalecimiento de nuevos conceptos sobre la farmacodependencia y la prevención de ésta; se ha realizado entonces una recopilación de literatura y su respectiva revisión de fuentes bibliográficas en documentos, libros, revistas y a través de Internet, que sugirieran de alguna manera la oportunidad de un acercamiento a los conceptos necesarios obteniendo así toda la información acerca del tema.

El rastreo de literatura realizado ha propuesto en sí mismo una clasificación de la información por categorías, que ha permitido visualizar cada uno de los modelos preventivos en drogadicción, logrando puntos de vista y aportes importantes, que también sugieren respuestas a la problemática que actualmente se está viviendo, y que apuntan directamente al reconocimiento de los factores de riesgo y a facilitar una aproximación al conocimiento sobre las formas clínicas, que contribuyen a mejorar los índices en el consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, se hace la claridad que para el desarrollo teórico al trabajo, tanto como para el reconocimiento de diferentes prácticas inherentes a la farmacodependencia y a la prevención, se han visitado algunas universidades como: Universidad San Buenaventura, Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Fundación Universitaria Luis Amigó y algunos portales de Internet, que se presentan como columnas vertebrales en la información y en la sustentación de aportes bibliográficos y soportes clínicos, para el apoyo metodológico de este estudio.

## 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 EL CONCEPTO DE DROGA Y DEPENDENCIA

Es importante tener claridad en los conceptos relacionados con la farmacodependencia ya que permite tener certeza de lo que estamos hablando. Para esto se da una definición de cada aspecto relacionado.

*Droga.* Sanz y Suelves (2004) Término de uso variado. En varias Convenciones de las Naciones Unidas, y en la declaración sobre Reducción de la Demanda de Drogas, se refiere a sustancias que son objeto de control Internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades, o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, el término droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el término se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia, incluso más específicamente, a drogas ilícitas. Sin embargo, la cafeína, el tabaco, el alcohol, y otras sustancias de frecuente uso no médico, son también drogas en el sentido de que son tomadas básicamente por sus efectos psicoactivos.

*Abuso de drogas.* Sanz y Suelves (2004) Los tratados vigentes de control Internacional de drogas no definen el abuso de drogas, pero hacen referencia a diversos términos, incluyendo abuso, uso inadecuado y uso ilegal. En el contexto del control Internacional del tráfico de drogas, el abuso de drogas se refiere al uso de cualquier sustancia bajo control Internacional, para propósitos que no sean médicos o científicos, incluyendo el uso sin prescripción, dosis excesivas o el consumo durante períodos injustificadamente largos.

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, American Psychiatric Association, (1995) se utiliza el término “abuso de sustancias” para determinar un patrón desadaptativo de consumo de

sustancias manifestados por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido de situaciones, en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples, y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de 12 meses. A diferencia de criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen, la tolerancia, la abstinencia, ni el patrón de uso compulsivo y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del uso repetido. Un diagnóstico de dependencias de sustancias predomina sobre el abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de sustancias coincida con los criterios para la dependencia acordes con esta clase de sustancias (Criterio B).

*Dependencia de sustancias psicoactivas.* De acuerdo con el DSM-IV, (2005) es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia, que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativo, y en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) La necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de una sustancia, para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. b) La disminución pronunciada del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia. 2. Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes síntomas: a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, definido para cada sustancia específica en el DSM-IV. b) Se toma la misma sustancia (u otra estrechamente relacionada) para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención. 4. Hay un deseo persistente o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia. 5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (p. Ej. se visita a muchos médicos o se conduce durante largas distancias), para administrarse la sustancia (fumar en

cadena), o para recobrase de sus efectos. 6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia. 7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia.

*Dependencia física.* Estado de adaptación, que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos, cuando se interrumpe la administración de la droga, o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. El síndrome de abstinencia está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico, peculiares de cada tipo de droga. (Escothado, 1995).

*Dependencia psíquica o psicológica.* La dependencia psicológica consiste en la necesidad de consumir alguna sustancia psicoactiva por placer, o para evitar un malestar anímico. Las drogas que provocan esta clase de dependencia realizan su efecto a partir de la activación de los circuitos cerebrales involucrados en el placer, también llamado circuito de recompensa. Existen diferentes opiniones acerca del nivel de adicción o dependencia psicológica que puede producir cada droga en particular. (OMS, 2005)

## **4.2 CONSUMO DE PSICOACTIVOS Y ÁMBITOS DE PREVENCIÓN**

El consumo de drogas se ha convertido en un hábito generalizado en el mundo actual, en parte debido a las nuevas tendencias de la globalización, las cuales han expandido su comercialización y producción por el mundo, incrementándose su consumo con mayor celeridad en algunos países. Esto ha generado dentro de la comunidad científica y los estudiosos del tema de *drogo-dependencia*, conceptos y teorías que aún hoy están en experimentación de su aplicación, debido a la mutación que van teniendo los consumidores en cuanto al consumo de drogas, comportamientos sociales y sintomatología manifiesta.

Los especialistas han rastreado el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco), con el fin de identificar a *qué edad* se presenta el consumo; qué tipo de sustancias son las de consumo temprano y qué tipo de consumo se realiza de acuerdo con la edad estudiada.

En ese sentido, el origen del consumo se sitúa en la infancia temprana, aunque la iniciación real de éste comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana (Becoña, 1995), y avanza a partir de aquí a lo largo de la adolescencia media.

Frente a este problema de consumo de drogas, se propone como estrategia de solución la prevención. Este término se utiliza en una variedad de significados que puede ser infinita. Esto porque su conceptualización depende de las actitudes y perspectivas culturales (Burguess, 1997). De ahí que se haya utilizado el término tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación, en el tratamiento y en la represión del tráfico favoreciendo que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales,

Para la presente investigación se tiene en cuenta lo que expresa García (1993): “Prevenir es comprometerse a la verdadera educación, a la elevación de la calidad de vida de la persona, es implicar a todos los sectores preocupados por la problemática social, construyendo una cultura integral de la prevención, haciendo una promoción de la dignidad del hombre”. Ya que resalta el compromiso, la responsabilidad y las implicaciones que tienen en el ámbito de la dignidad humana.

La prevención debe constituirse en un elemento prioritario en la intervención en drogodependencias, ya que es problema serio de la salud pública en los países desarrollados. Se tiene por ejemplo que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida. El coste económico que supone esta epidemia para todas las administraciones

públicas es enorme (Heien y Pittman, 1993), pero más importante aún es la mortalidad que implica (Wysowsky, 1993).

Además de lo anterior, hay que tener en cuenta que las técnicas de tratamiento para el consumo de psicoactivos, no consiguen la eficacia esperada. Por tanto, una opción más prometedora y con una mejor relación coste/beneficio es, entonces, el desarrollo y la aplicación de programas de prevención dirigidos a niños/as y adolescentes. La prevención es indispensable para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social de gran magnitud.

Pero, ¿qué es la prevención? Para Martín (1995) la prevención de drogodependencias “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”

El término Prevención es definido como “aquél entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas.” (Becoña 1995).

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, el propósito de toda la acción de prevención es sensibilizar acerca de los riesgos del consumo, enfrentar la presión social y acrecentar la responsabilidad respecto al problema. Al momento de hacer prevención, ésta no sólo depende de los organismos de control (carabineros, psiquiatras, asistentes sociales, investigadores), sino que es fundamental que se involucre el Estado, la comunidad, la escuela y especialmente la familia, ya que es un problema que afecta a todos.

Existen tres tipos de prevención: *primaria*: se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; *secundaria*: se orienta tanto a los que ya

son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo, y *terciaria*: se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas Becoña (1996).

Los ámbitos en los que se aplica la prevención pueden ser múltiples. Puede hacerse en el ámbito escolar, familiar, laboral, a nivel comunitario, con grupos específicos, etc. En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar.

Esto se ha dado así porque es en la escuela donde está el grupo con mayor riesgo de consumir drogas. De ahí que si podemos aplicar allí un programa preventivo (de tipo universal), conseguiremos a bajo coste un impacto importante, ya que se llega a todos y se puede hacer una intervención sin excepción. Es importante diferenciar entre aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva con un programa preventivo. Esta es una cuestión importante y que a veces se olvida, siendo necesario distinguir entre el concepto genérico de *prevención* del más específico de *programa o programas preventivos*. Y ello aplicado tanto al campo de las drogodependencias como a cualquier otro campo donde se haga prevención.

Más recientemente, y aplicado a la prevención de las drogodependencias, se ha introducido otra distinción entre los tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. Propuesta ésta inducida inicialmente por Gordon (1987) y aceptada por el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA), ha sido rápidamente aceptada por los expertos y trabajadores en este tema.

La *prevención universal* es aquella que puede dirigirse a los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluyen en estos esquemas aquellos programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.

La *prevención selectiva* es la que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores, mayor que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo.

La *prevención indicada* es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo Eggert, (1996).

*Prevención en el ámbito Familiar.* En los últimos años, la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas (Moncada, 1997) La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a la sociedad actual. Uno de estos aspectos adaptativos es el no consumo de drogas o no pasar de un consumo esporádico en ciertas drogas. Varios factores de riesgo de tipo familiar, se asocian con el consumo de drogas; por contra, otros de protección o el tipo de crianza facilita el no consumir drogas. Becoña (2002).

*Prevención en el ámbito Escolar.* Prevenir en educación es advertir con anticipación situaciones que pueden obstaculizar, el favorable desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje, con el fin de adoptar las medidas necesarias para hacer frente a los sucesos que se prevén. Todo recurso de intervención en la problemática de drogas en el ámbito escolar, siempre debe estar articulado en un programa de educación preventivo de manera firme, continuo, y sostenido en el tiempo. Arévalo. (2005).

*Prevención en el ámbito Laboral.* La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en las drogas de tipo legal, aunque sin dejar de lado las de tipo ilegal. Ello viene dado por la relevancia que tiene el

consumo de alcohol, y sus consecuencias en la salud y en la accidentabilidad laboral (Calafat, 2002), como en el tabaco, por la morbi-mortalidad que la misma produce (Becoña, 1998). Estos programas habitualmente incluyen información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas, etc. En muchos casos se hablaría de prevención primaria y en otros de secundaria, en la denominación de Caplan (1980), o de prevención universal o selectiva, en la denominación de Gordon (1987). Esto indica, aplicado al mundo del trabajo, que la prevención aunque tiene su máxima relevancia en los adolescentes y adultez temprana, también se extiende a lo largo de la vida. Además, cobra una gran relevancia este tipo de prevención a nivel laboral en los más jóvenes, porque no sólo consumen en el trabajo sino que tienen mayor riesgo que los que tienen más años de consumir en fin de semana, cuando salen de marcha, o cuando salen a divertirse después de salir de trabajar Calafat, Becoña et al., (2000).

*Prevención en el ámbito comunitario.* El programa de prevención comunitario tiene como objetivo, contribuir al fortalecimiento de las áreas específicas de prevención del uso indebido de drogas, en las comunidades. Busca identificar las necesidades y los recursos de la comunidad, para abordar así el tema de la prevención, orientación y derivación, sobre el uso indebido de drogas; sensibilizar e informar acerca de la problemática a nivel local. A su vez, busca promover la participación de la Sociedad Civil en el abordaje de los temas de prevención del uso indebido de drogas, y fomentar la creación de una red preventiva local con las instituciones y organizaciones públicas, privadas y comunitarias, que trabajen en la prevención, orientación, derivación y asistencia del uso indebido de drogas. Sánchez, (2000)

*Otros ámbitos de prevención.* Existen tantos tipos de prevención posibles, como tipos de actividades humanas realizamos, expresa Becoña (2002). Sin embargo, hay unos ámbitos en los que se aplican programas preventivos específicamente, y otros en los que es más difícil hacerlo. De ellos destacan los realizados en los medios de comunicación social, en el ámbito

militar, en el ámbito de la salud, y los realizados en otros centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.).

#### **4.3 MODELOS APLICADOS A LA PREVENCIÓN EN FARMACODEPENDENCIA**

En la prevención de la farmacodependencia, indiscutiblemente se tiene que prestar una especial atención en todo lo que se sustenta un modelo, ya que es la clave para realizar una adecuada intervención, teniendo en cuenta los factores que influyen, la problemática y el resultado final que se espera conseguir con éste.

Modelo es una representación abstracta de las relaciones entre el componente lógico, analítico, o empírico de un sistema. Se trata de una expresión formalizada de una teoría o situación causal que se considera que ha generado los datos observados. Escohotado, (1995).

Un modelo teórico debe estar derivado de la observación, comprobación de la misma y elaboración de un marco conceptual que permita comprender esa parte de la realidad sobre la que se elabora la teoría y, con ello, también poder predecir e intervenir en si es necesario. Dentro del campo de la prevención de las drogodependencias es más habitual incluir como un elemento de gran relevancia para explicar la misma, los factores de riesgo y de protección.

Además de los factores de riesgo, existen diversas teorías que han servido de base para construir modelos preventivos, como el Modelo biológico, que parte de la premisa que la dependencia física de la sustancia es debido a factores de predisposición biológicos o genéticos. El modelo moral basado en la moralidad cristiana, afirma que el adicto no es capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad (inmoralidad, en suma), siendo considerado

como un inmoral, vicioso, despreciable, etc. El modelo de la mejora de la estima, propuesto por Kaplan (1987), plantea que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta Becoña (1999). El modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1990-91), el cual sostiene que la causa subyacente del consumo experimental es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. El modelo de Afrontamiento del estrés propuesto por Wills (1986), sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad se debe al estrés de la vida y su consumo es un recurso de afrontamiento Wills y Shiffman, (1985). El modelo Racional o informativo, el cual se basa en la transmisión de información de los efectos de las sustancias. El modelo evolutivo de Kandel, su planteamiento lo sustenta en la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja, provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control Kandel y Davies, (1992). Modelo de reafirmación del adolescente de Kim se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas Becoña (2002). El Modelo con enfoque Sistémico, plantea el consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar Waldrom, (1998). El Modelo basado en la afectividad, Pandina, Jonhson y Labouvie (1992), revisan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas, para comprender el desarrollo del consumo de éstas.

El Modelo de habilidades generales Hansen, (1992), parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine

modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

## **DESCRIPCION DE LOS MODELOS PREVENTIVOS EN FARMACODEPENDENCIA.**

A continuación se realizará un acercamiento detallado a los modelos de prevención más destacados. Esto basado en Elisardo Becoña (2001), quien a partir de sus diferentes trabajos investigativos, presenta una sustentación teórica sustentada en evidencias, que tienen que ver, entre otros, con el motivo para el inicio en el consumo de la sustancia, factores de riesgo, protección y estrategias de afrontamiento. Para ello se agrupan en categorías, de acuerdo con las teorías afines utilizadas por los diferentes autores. Se tendrá en cuenta además, los modelos, que por su aplicabilidad en el contexto colombiano, han sido más efectivos, teniendo en cuenta las sustentaciones teóricas, su individualidad, similitudes, diferencias, conveniencia de aplicación, de acuerdo con la población objeto.

### **4.3.1 Modelos que se basan en la autoestima, la moral y el estrés**

*Modelos moral y biológico.* Hasta la década de los años ochenta, la explicación de las conductas adictivas se fundamentaba en el modelo moral y el modelo biológico. Para el modelo biológico, la persona dependía de una sustancia química, siendo tal dependencia, causada por su dependencia física de la sustancia, debido a factores de predisposición biológicos o genéticos. El modelo moral, basado en la moralidad cristiana, afirma que el adicto no es capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad (inmoralidad, en suma), siendo considerado como un inmoral, vicioso, despreciable, etc.

En estos se tiene necesariamente que obtener una noción clara de moralidad, definida ésta como; actuar por convicción dentro de un patrón determinado, son la guía que regula el comportamiento individual del ser

humano, y que sin estos estándares morales la sociedad no podría funcionar correctamente. Vergara, (2001).

*Modelo de mejora de la estima de Kaplan.* El modelo de Kaplan y otros (1986, 1987, 1988) tiene como premisa principal que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y otras personas a las cuales consideran importantes sus opiniones, ello se convierte en una fuente de malestar psicológico que deben resolver. Cuando pierden el favor de los adultos que les dan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de auto-rechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. Esta respuesta puede tomar varias formas, y se engloba en el modelo de mejora de la estima Becoña, (1999)

Este modelo sirve de base para la implementación de programas preventivos, porque abarca varios aspectos que le permiten al individuo, hacer conciencia de su esencia como ser humano, lo que conlleva a, “hacerse responsable de sí mismo”, cuando se menciona el concepto de amor propio, generado a partir una personalidad sólida y estructurada, una familia autoestimada y un entorno adecuado, en su esencia abarca todos estos aspectos, pero no hace referencia al desarrollo de habilidades generales que le van a permitir al individuo, enfrentar factores de riesgo en el consumo.

*Modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1990-91),* la causa subyacente del consumo experimental es el estrés en general, y en particular, el estrés relacionado con la escuela. Por ello, este modelo sugiere que una baja auto-eficacia académica es una causa principal del estrés relacionado con la escuela.

Cuando esto ocurre, el adolescente está en riesgo de implicarse con los iguales desviados y producirse en el consumo experimental, dado que tiene dudas sobre sus propias habilidades académicas junto al estrés que le produce

la escuela, al ser un ambiente no reforzante. Esta teoría afirma que los adolescentes que experimentan baja autoestima y frecuente auto-desprecio, reciben repetidamente evaluaciones negativas de otros, o se sienten deficientes en cualquier atributo deseable socialmente, tanto si es de rendimiento académico, como de otro tipo. Para defender su ego se van alienando de los modelos convencionales, se rebelan simbólicamente contra los estándares convencionales con otros iguales con conductas desviadas, dado que piensan que así mejoran su valía. Así pasan a utilizar sustancias cuando son fácilmente accesibles, ya que con ello rompen los valores adultos, sociales y normativos.

*Modelo de afrontamiento del estrés de Wills.* Este modelo sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad, es debido al estrés de la vida y su consumo es un recurso de afrontamiento Wills y Shiffman, (1985). El estrés de la vida sería un factor de riesgo para el uso de sustancias por parte de los adolescentes. Cuando éstos tienen un alto malestar emocional, o tienen una baja percepción de control sobre la situación, se incrementaría la probabilidad de consumir sustancias Wills, (1986, 1990). Este modelo también da gran relevancia al apoyo emocional de los padres, como un importante factor de protección Wills et al. (1996).

El estrés es un generador de sentimientos negativos que intervienen con los auto-esquemas, principalmente con la autoestima, se considera como factor relevante hacer una descripción de este concepto, ya que tiene que ver con lo que somos como seres humanos en todas las áreas de la vida.

A continuación se hace una descripción de conceptos que intervienen directamente con los modelos mencionados en el texto anterior.

## **Autoestima.**

No existe un concepto único sobre **Autoestima**, más bien hay diferentes formas de entender lo que significa.

*Oñate y García de la Rasilla (1995)* en su texto la define como la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores.

Autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar.

Cuando nos referimos a personas o situaciones de poco amor o respeto hacia nosotros mismos, utilizaremos los términos "DESVALORIZACIÓN" o "DESESTIMA", como palabras que se refieren a una manera inconsciente de vivir que niega, ignora o desconoce nuestros dones, recursos, potencialidades y alternativas.

Envidiar, criticar, maltratar, celar, quejarse, negarse a aceptar las cosas como son, evitar los cambios necesarios, trabajar compulsivamente, fumar o beber en exceso y actuar tímidamente o con apatía, entre otras conductas frecuentes, revelan desamor por uno mismo, pérdida del equilibrio de la mente y del cuerpo y, por consiguiente, la urgente necesidad de restablecer la Autoestima, que es la pieza clave para todo tipo de relación en nuestras vidas: paternal, amorosa, de trabajo o simplemente social.

## **Estrés:**

Fontana, D. (1989) describe la palabra “**estrés**”, es utilizada con vaguedad por diferentes grupos y personas que le dan distintos significados, médicos, ingenieros, psicólogos, lingüistas, los usan de distinta manera que les es propia. Los médicos hablan de estrés en términos de mecanismos fisiológicos; los ingenieros en términos de soporte de carga; los psicólogos basándose en el cambio conductual, desde sus complicaciones en el balance del presupuesto familiar, hasta los padres que se tensan por ciertas cosas que los hijos hacen o dejan de hacer. Algunas personas sugieren que el estrés es natural e incluso deseable (ingenieros, lingüistas), otros, que es algo que padecemos (médicos y legos). Así que ahora se necesita una definición breve que describa el significado de esta multifacética palabra. La que se adoptará es: el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de mente y cuerpo. Si estas exigencias permiten que la persona controle tal exigencia y disfrute de la estimulación implicada, entonces el estrés es bienvenido y provechoso. Si no lo permiten y el estrés resulta debilitante, entonces el estrés es molesto y estéril. Esta definición es útil de tres maneras. Primero, deja claro no solo que el estrés puede ser bueno o malo (o estar entre ambos), sino que, en virtud de que existe un rango muy amplio de cosas que pueden exigir algo a la mente o al cuerpo, hay un rango muy alto de cosas que pueden causar estrés (estresores). En segundo lugar no son los acontecimientos los que determinan que estemos o no estresados, sino nuestras reacciones a ellos. En tercer lugar es la naturaleza o el grado de estas capacidades (algo dentro de nosotros mismos) lo que determina nuestra respuesta a dicha exigencia. Si nuestras capacidades son lo suficientemente buenas, respondemos bien; si no lo son, cedemos. Fontana (1989).

### **4.3.2 Modelos que se basan en la información.**

*Modelo racional o informativo:* los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de sustancias y, por

tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo. Becoña et al., (1994). A continuación se describe el sustento teórico que apoya este modelo.

### **Información**

Tomado de Manso Coronado, F. (2003). *Diccionario enciclopédico de estrategia empresarial*. La **información** es un conjunto organizado de datos **procesados**, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje. Desde el punto de vista de la teoría general de sistemas cualquier señal o input capaz de cambiar el estado de un sistema constituye un pedazo de información.

### **Principales características de la información**

En general la información tiene una estructura interna y puede ser calificada según varios aspectos: Manso (2003). *Diccionario enciclopédico de estrategia empresarial*).

- **Significado** (semántica): ¿Qué quiere decir? Del significado extraído de una información, cada individuo evalúa las consecuencias posibles y adecúa sus actitudes y acciones de manera acorde a las consecuencias previsibles que se deducen del significado de la información.
- **Importancia** (relativa al receptor): ¿Trata sobre alguna cuestión importante? La importancia de la información para un receptor, se referirá a en qué grado cambia la actitud o la conducta de los individuos. Esto se refiere a, en qué grado cuantitativo deben alterarse las expectativas futuras. A veces se sabe que un hecho hace menos probables algunas cosas y más otras, la importancia tiene que ver con cuanto menos probables serán unas alternativas respecto a las otras.

- **Vigencia** (en la dimensión espacio-tiempo): ¿Es actual o desfasada? En la práctica la vigencia de una información es difícil de evaluar, ya que en general acceder a una información no permite conocer de inmediato si dicha información tiene o no vigencia.
- **Validez** (relativa al emisor): ¿El emisor es fiable o puede proporcionar información no válida (falsa)? Esto tiene que ver si los indicios deben ser considerados en la reevaluación de expectativas o deben ser ignorados por no ser indicios fiables.
- **Valor**: ¿Cómo de útil resulta para el destinatario? Se considera que la generación y/o obtención de información persigue estos objetivos:
  - Aumentar/mejorar el conocimiento del usuario, o dicho de otra manera reducir la incertidumbre existente sobre un conjunto de alternativas lógicamente posibles.
  - Proporcionar a quien toma decisiones la materia prima fundamental para el desarrollo de soluciones y la elección.
  - Proporcionar una serie de reglas de evaluación y reglas de decisión para fines de control. Manso (2003). *Diccionario enciclopédico de estrategia empresarial*).

### **Modelo de Burgess.**

Burgess (1997) también plantea un modelo teórico simple. Parte de que el término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. También puede aplicarse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre los que ya las han probado, reducción de la demanda a través de arrestos y controles sobre la venta de drogas. También las actividades de reducción de daños puede ser vista como una actividad preventiva. Pero también es prevención incidir en el nivel de política social, como es reducir la pobreza, o impedir el surgimiento de conductas desviadas. Cuando el término prevención se utiliza vagamente Burgess, (1997) su variedad de significados se puede hacer infinita, que va a depender de las “actitudes, perspectiva y

cultura". De ahí que se haya utilizado el término tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación como en la represión y el tratamiento. Una creencia ampliamente arraigada es que "los individuos hacen elecciones inteligentes y racionales, además de tener capacidad de decisión, autonomía y libertad". Sin embargo, como el mismo Burgess (1997) afirma "una multitud de infinitas e impredecibles variables interfieren con las elecciones racionales". De ahí que critique la prevención basada en la elección informada basada en hechos. El modelo que presenta es amplio y al tiempo genérico para el consumo o no de drogas. Esto está relacionado con los valores y con la oportunidad, en vías distintas. Los valores vienen determinados por las actitudes en la línea del individuo, que está determinado por las influencias personales y psicosociales y por las influencias culturales y externas. Becoña (1999).

#### **4.3.3 Modelos que se basan en factores de riesgo y las teorías del aprendizaje.**

**Modelo social de Peele:** este modelo considera la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles para el desarrollo de programas preventivos efectivos Perry y Kelder, (1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual. El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a esas sustancias. La mayoría de las personas experimentan con las sustancias en el ambiente social, no a solas. De ahí la gran relevancia de tener el ambiente social en cuenta, conocerlo y saber cómo facilitar el no consumo, o un consumo no peligroso. Esto según Becoña (1999).

**Modelos de Becker.:** se fundamenta en los factores de riesgo y protección. Las leyes determinan las normas y la disponibilidad de drogas, el

uso y abuso de éstas. Un modelo más complejo es propuesto por Becker (1997), basándose en la revisión de Hawkins et al. (1992) sobre los factores de riesgo y protección. En él, Becker (1997) incluye tanto factores contextuales como individuales e interpersonales.

**Modelo evolutivo de Kandel:** el planteamiento de este modelo se basa en la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social, y de la teoría del control Kandel y Davies, (1992). La idea básica que plantea es, que el consumo de drogas ilegales, marihuana, cocaína, heroína, etc., se producen de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco Kandel, (1975). Para comprobar su hipótesis, parte del consumo de drogas en un momento del tiempo, y hace un seguimiento para comprobar si su propuesta es cierta. Becoña (2002).

Los estudios realizados por Kandel (1975), tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Como se aprecia, el consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre el no consumo de ninguna sustancia, y el consumo de marihuana, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales. Becoña (2002).

**Modelo de reafirmación adolescente de Kim (1998):** El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. Los componentes que incluye este modelo, son: adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias

oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, ocasiones relevantes para asumir responsabilidades, medios para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, situaciones para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas en la escuela, la casa y en su entorno social Becoña (2002).

Como se aprecia, en este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad. También se incluyen otros elementos sobre la vinculación del individuo al orden social, basada en la teoría del control social, aunque estos autores explican esta vinculación a través de la teoría del aprendizaje social y de los estados-expectativas. La primera para explicar que la conducta social es adquirida a través del condicionamiento vicario (imitación), con los procesos de reforzamiento y castigo. La de estados-expectativas se basa en la idea de que el modo en que pensamos y creemos, es en gran parte una función de cómo los otros nos ven y nos tratan. Y, el modo como otros nos perciben está en gran parte condicionado por las expectativas que ellos puedan tener previamente. Esta teoría también se le conoce como el efecto Pigmalion o modelo de comunicación de expectativas. Becoña (2002).

**Modelo de enfermedad, del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos:** Chatlos (1996) presenta un modelo para el abuso de sustancias que podemos denominar, un modelo de enfermedad de desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas y que también es un modelo de etapas. Basándose en los datos epidemiológicos existentes en Estados Unidos, donde se aprecia en los últimos años un incremento en el consumo de marihuana unido a la utilización de nuevas drogas de síntesis, estimulantes, LSD, etc., ligado al estancamiento en el consumo de heroína, elabora un modelo teórico incardinado en los tipos clásicos de prevención primaria, secundaria y terciaria. La aproximación que propone Chatlos (1996)

es una aproximación de desarrollo psicosocial, partiendo del concepto de enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Para este autor, este modelo sería en la práctica uno de los más utilizados en los programas preventivos de tipo comunitario. Se compone de tres factores que actúan separadamente en distintos puntos del tiempo; en la predisposición, en el uso de drogas y en un sistema permitido. Lo anterior, a su vez estaría basado en la investigación sobre los factores antecedentes, concomitantes, de mantenimiento de la adicción y de los trastornos mentales. Dentro de los antecedentes, o predisposición, se considera a los genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales. En los concomitantes, o uso de drogas, están la iniciación y la progresión. Becoña (2002).

Este modelo considera el abuso como una enfermedad irreversible, y se exige la abstinencia total para manejar la enfermedad. Aunque estas perspectivas puede que no sean incompatibles con otros modelos, no pueden, sin embargo, explicar mucho de lo que se conoce actualmente sobre el abuso de drogas. Teorías más comprensivas pueden ser organizadas dentro del marco más extenso de los modelos intrapersonal, cognitivo, de aprendizaje, convencionalidad/apoyo social e interaccional. Petraitis et al., (1995).

A continuación se describen los elementos característicos de estos modelos.

### **Factores de Riesgo y de protección**

Actualmente, uno de los aspectos más relevantes, y que están dando mejores frutos, es conocer los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Se entiende por 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). Por 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). Si conocemos los mismos podremos aplicar más adecuadamente un programa preventivo orientado a debilitar los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección. Por su relevancia dedicamos un apartado expresamente a los mismos en este proyecto.

### **Factores de riesgo del abuso de sustancias según Petterson et al. (1992)**

#### **Factores de riesgo de la comunidad**

– *Deprivación económica y social.* Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas, es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.

– *Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.* Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios, cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.

– *Transiciones y movilidad.* Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problemáticas. También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad, parecen estar relacionadas con un riesgo mayor, tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.

– *Disponibilidad de drogas.* Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.

#### **Factores de riesgo familiar**

– *Una historia familiar de alcoholismo.* Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.

– *Problemas de manejo de la familia.* Estrategias de manejo de la familia, inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente, incrementa el riesgo de abuso de drogas.

– *Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso.* En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o los implican en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

#### Factores de riesgo **escolar**

– *Temprana conducta antisocial.* Los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria, tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.

– *Fracaso académico.* Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela, incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente.

– *Bajo compromiso con la escuela.* El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.

#### Factores de riesgo **individual/iguales**

– *Alienación y rebeldía.* El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, toma una postura de rebeldía hacia la colectividad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.

– *Conducta antisocial en la adolescencia temprana.* Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de asistir a ésta, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.

– *Amigos que consumen drogas.* Los niños que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que también las consuman.

– *Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.* En la transición a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumirlas.

– *Primeros consumos tempranos de drogas.* Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años, tiene más riesgo de tener problemas con las drogas, que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años. Petterson et al. (1992).

Como se puede inferir al analizar estos factores de riesgos, para el modelo social el ambiente es un facilitador para el consumo, específicamente por las enseñanzas adquiridas a partir de la observación de modelos, en el ambiente donde el sujeto se halla inmerso. Bandura (1988), estuvo consagrado al estudio del APRENDIZAJE por observación, o el proceso por medio del cual la gente aprende solamente de la observación de la conducta de los demás. Tolman (1932) distinguía entre la adquisición de conductas y la ejecución de conductas, ya que los reforzadores son esenciales para esta última y no para la primera. Era el punto de vista en desacuerdo con la teoría del refuerzo, así como con la del condicionamiento operante de Skinner, las cuales destacaban el papel esencial de reforzadores positivos y negativos en todo aprendizaje. Lawrence, (1998).

Bandura (1989) mostró, en la investigación experimental con niños, cómo se podían aprender conductas con ausencia de recompensas, pero demostrarse solo en presencia de recompensas; sugiere además que los niños aprenden muchas cosas simplemente observando a los padres y a los demás, llamados modelos, y se refirió a este proceso como modelado. Demostraba

que los niños podían adquirir reacciones emocionales así como reacciones conductuales mediante la observación de modelos, un proceso llamado condicionamiento vicario. Por ejemplo, se descubrió que los sujetos humanos que observaban un modelo que expresaba una reacción de miedo, condicionada vicariamente a un estímulo previamente neutral Bandura, (1989). Por tanto las reacciones emocionales intensas y de larga duración, se pueden adquirir mediante observación de modelos, y no necesitan ser adquiridos exclusivamente a base de experiencia directa. Muchos de los gustos y aversiones, atracciones y miedos, pueden estar basados en el condicionamiento vicario, más que en la experiencia directa.

#### **4.3.4 Modelos basados en el enfoque sistémico.**

Los modelos de familia ven el consumo de sustancias u otro tipo de problemas, como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar Waldrom, (1998). La conducta de consumo de sustancias, se puede entender que cumple una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos, o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema. El concepto central en los modelos en prevención con enfoque familiar, es el de la familia como “sistema” Baker, (1998); Lebow y Gurman, (1998); Foster y Gurman, (1988); Nichols y Schwartz, (1998).

Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación Foster y Gurman, (1988). La estructura incluye características tales como, el grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia, el grado en que existe una jerarquía, etc. La regulación se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones. La información se refiere al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. La capacidad de adaptación es la capacidad de la familia para cambiar antes los desafíos que se vayan produciendo a su estabilidad. Los modelos de familia han dado un

gran paso en el campo de las sustancias de abuso en los últimos 30 años. Este progreso se ha cimentado en el crecimiento de dos aspectos fundamentales del campo: el estudio de los sistemas de familia y la aplicación de nuevas técnicas de familia para el consumo de sustancias de abuso Kauffman, (1994).

Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas, se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas, y la ausencia o falta de participación de los padres. Fort (1954) señaló que estas madres eran sobre-protectoras, controladoras e indulgentes, que estaban dispuestas a hacer cualquier cosa por sus hijos, excepto dejarlos que fuesen independientes. Este autor también encontró una ausencia virtual frecuente de la figura del padre. Sin embargo, estudios con familias de clase media han apuntado la presencia de un padre autoritario. Kirschenbaum, Leonoff y Maliano (1974) señalaron que la situación del padre como un líder autoritario de la familia, parecía ser ficticio, siendo la madre la verdadera cabeza de familia. Schwartzman (1975) encontró también, que los padres eran figuras autoritarias o distantes, pero claramente secundarias a las madres en cuestión de poder.

Algunos autores observaron que el consumo de drogas era imprescindible para mantener el equilibrio en la interacción de los miembros de la familia, resolviendo la desorganización que existía en el sistema familiar, con anterioridad al consumo la mayoría de los jóvenes que abusaban de las drogas y los adictos, mantenían vínculos estrechos con sus familias de origen, años después de que ellos dejaran sus casas. Kaufman (1974) observó que los padres de los adictos a la heroína se podían describir como fríos, distantes, sádicos, competitivos con sus hijos, y seductores con sus esposas. Las madres eran percibidas como distantes o extremadamente seductoras.

La familia como sistema traslada frecuentemente sus problemas sobre el joven con problemas de drogas, convirtiéndose éste en el chivo expiatorio

sobre el que se centran todos los problemas internos de la familia. Kaufman, (1994). Por ejemplo, una pareja con problemas en su matrimonio puede fijar su atención en el problema que tiene su hijo con la droga, en lugar de hacerlo en sus dificultades matrimoniales. Otras veces el paciente identificado (este término lo utilizan los terapeutas familiares para referirse a la persona que es etiquetada por su familia como la que tiene problemas) ocultan conflictos entre los padres o son un intento para unir a los padres separados Kaufman, (1985). La culpabilidad es una moneda frecuente de manipulación y puede ser utilizada por el hijo consumidor de drogas, para coaccionar a su familia y seguir teniendo apoyo económico y emocional para el consumo de drogas, o utilizada por los padres para frenar los intentos de independencia del hijo. Muchas madres que tienen problemas de depresión, ansiedad o síntomas psicósomáticos le echan la culpa de ellos al paciente identificado, de este modo se refuerza el patrón de culpa y manipulación mutua. Stanton y Todd (1982) resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los consumidores de drogas, que los distinguen de otras disfunciones familiares: 1) frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional; 2) expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas; 3) una ilusión de independencia en el paciente identificado, como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga; 4) un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida; 5) una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas; y, 6) la adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia.

#### **4.3.5 Modelos basados en la afectividad.**

**Modelo basado en la afectividad de Pandina:** hay algunos modelos que utilizan el concepto de afectividad para explicar el consumo de drogas. Pandina, Jonhson y Labouvie (1992) revisan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo

énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas para comprender el desarrollo del consumo de éstas. Es decir que se puede predecir el comportamiento de un sujeto, dependiendo de la activación física y psíquica que este tenga en su organismo, todo ello depende tanto de factores internos como externos Matthews, (1987).

Ellos parten de los conceptos de afectividad negativa de Watson y Clark (1984) y Watson y Tellegen (1985), y de activación de Ford (1987). Además incorporan el circuito del sistema nervioso central que está asociado con el reforzamiento positivo y negativo, castigo y los mecanismos que controlan las conductas de aproximación, evitación y conductas de escape.

Las drogas de abuso son potentes inductores de afecto positivo y reducen el afecto negativo a través de la modulación de los circuitos neurales, que de modo inherente favorecen estas funciones naturales. Goldstein, (1995); Wise y Bozarth, (1987).

Para comprender mejor el modelo, definiremos el concepto de afectividad como elemento fundamental dentro de las conductas inadaptadas de los seres humanos, y que aporta en gran medida a este modelo:

**Afectividad.** Se conoce como las muestras de amor que un ser humano brinda a las personas o a los animales.

**Emociones y afectos.** La emoción y las reacciones relacionadas están vinculadas con el cuerpo, mientras que los sentimientos lo están con la mente. Algunos autores consideran que, mientras que la emoción es un proceso individual, el afecto es un proceso interactivo que involucra a dos o más personas, si bien no existe una división estricta entre ambos conceptos. En otros autores, las afecciones se refieren al cuerpo, mientras que las emociones están vinculadas a la mente, como lo considera Papalia (1982) ahí que deba tenerse siempre presente el contexto concreto en que se tratan estos temas;

las afecciones fundamentales son tres: alegría, tristeza y deseo, según Papalia (1982) y Wendkos (1982).

**El papel de la familia en el aprendizaje emocional:** Por lo general la familia es la encargada de formar, tanto en hombres como en mujeres, la expresión de los afectos. Este proceso se inicia desde que se establece una relación entre padres e hijos. En algunas familias esto se da durante el embarazo, cuando el padre y/o la madre le hablan al niño(a) por nacer, y en otras el proceso se inicia con el nacimiento cuando la mamá o el papá se relacionan con el niño o niña.

Aunque lo más frecuente es que la expresión del amor y los sentimientos estén a cargo de la mamá, el papá también participa en esta formación y si no es activo en esta expresión del amor o los afectos, los hijos aprenderán de él a no expresar sus sentimientos o emociones, y probablemente pensarán que los hombres no deben ser expresivos y que ese es un patrimonio de las mujeres.

Es así como el modelo familiar es fundamental en el aprendizaje del amor. Un niño(a) que aprende a ser aceptado y se siente querido por sus padres y hermanos, será capaz de aprender de sus padres a aceptar a los demás y a expresarle sus sentimientos positivos, su afecto y también otro tipo de emociones, todas ellas tan importantes en la vida, como el amor.

La expresión de emociones es un factor muy importante en la formación de los seres humanos. Aunque en la cultura occidental existen distintas culturas que aceptan diversas formas de expresión, por lo general es muy poco aceptado el expresar lo que se siente, ya que se tiende a negar las emociones y los afectos, y sobrevalorar la razón por encima de todo.

**Relación con el género femenino y masculino:** Los seres humanos nacemos con una expresión natural de necesidades y emociones: el bebé expresa su molestia a través del llanto, emite su alegría a través de la

expresión facial, y cuando comienzan a tener una comunicación más clara con los adultos, expresan sus rabias como algo natural. No obstante lo anterior, a medida que los niños(as) crecen se les va enseñando a negar determinadas emociones de acuerdo a si son varones o niñas. A las niñas se les enseña a no expresar la rabia y se les facilita la expresión del llanto, los afectos, y no se les reprime en su expresión de amor. En cambio a los varones se les permite expresar la rabia pero no la pena, el dolor ni los afectos, ya que estas expresiones están reservadas por lo general a las mujeres para cumplir adecuadamente su futuro rol de madres. La expresión del amor y los afectos son entonces socializadas para las mujeres y negadas en general para los hombres a los que se les enseña a ser racionales, prácticos y competitivos. Desde esta perspectiva el amor pasa a ser un sentimiento propio del dominio de lo femenino, y los hombres no cuentan con modelos afectivos y expresivos del cariño y afecto, aún cuando lo sientan, no se les permite expresarlo con facilidad. Por esto se dice que los hombres son más fríos y duros que las mujeres, y que éstas son más emotivas y sentimentales Goleman, (2001).

**Importancia de expresar sentimientos.** Expresar sentimientos y emociones es una parte importante del ser humano. No hay que pedir excusas por el hecho de experimentarlos. El hecho de que en ocasiones sean mal conducidos no significa que haya que tenerles miedo.

La manera como se miren los sentimientos y emociones, especialmente en lo que tiene que ver con las relaciones interpersonales, es algo aprendido en el proceso de crecimiento y socialización. Tanto la forma como se miren los sentimientos, como la forma en que se expresan o dejen de expresarse, hacen parte del estilo interpersonal. Hay algunos sentimientos a los que se le suele temer, tales como la rabia, la ansiedad o la depresión. Un aprendizaje necesario acerca de las emociones y sentimientos es el descubrir que ellos son una parte legítima del ser humano. Una vez que una persona se haga consciente de ellos y los acepte como parte integral de su humanidad, se

puede entrar a decidir qué papel se quiere que jueguen en la vida personal. Goleman, (2001)

Algunas personas se suelen especializar en ciertas emociones. Unas expresan rabia con notable facilidad, pero les es difícil expresar la alegría. Otras tienen más dificultad expresando sentimientos positivos. Hay quienes pueden llorar, expresar tristeza, compasión por otras personas; pueden manifestar cómo se sienten cuando “están en la olla”, heridas o rechazo; pero no pueden expresar alegría, afecto, entusiasmo, paz, satisfacción.

Otras son todo lo contrario, no logran expresar sentimientos negativos. Cada persona debe ser consciente de cuál es su estilo afectivo. Emociones y sentimientos, amigos entrañables de la salud y la enfermedad. No es sano guardar los sentimientos y luego descargarlos en otras personas o en uno mismo. Esto no quiere decir que la persona tenga que expresar todos y cada uno de los sentimientos tan pronto los experimente. Cada uno irá desarrollando un criterio acerca de cuándo es oportuno expresarlos y cómo hacerlo. La expresión de emociones y sentimientos tiene una estrecha relación con la salud física y emocional, cada vez se demuestra más la evidencia de la forma o estilo interpersonal de expresar emociones y sentimientos con la salud, especialmente con las enfermedades psicosomáticas. El asunto no radica en lo que se siente como tal, ya que esto hace parte de la condición humana, el asunto radica en cómo se manejan las emociones y sentimientos. Goleman, (2001)

#### **4.3 6 Modelos basados en habilidades personales**

**Modelo de habilidades generales Hansen (1992):** el modelo más reciente que se ha planteado es el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que

se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido que se orientan a todas las drogas, a diferencia de programas específicos para sólo tabaco, alcohol, la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana Hansen (1992). Dentro de este modelo se tratan todas las drogas. Aún así, en la práctica estos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes, y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles la capacidad de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias. Dos de estos programas más representativos son el de Botvin y el de Johnson y colaboradores.

El programa, denominado *Entrenamiento en habilidades para la vida* ("Life Skills Training", LST) ha sido elaborado por Botvin y sus colaboradores. Botvin et al., (1989, 1992, 1995), consiste en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones. Cada unidad tiene su objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. El programa puede ser integrado en cualquier área del currículo escolar, pero la Educación para la Salud y la Educación sobre Drogas son la más apropiadas según sus autores. El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o usar drogas.

Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios,

manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases. Además de todo lo anterior, el programa imparte conocimientos sobre el tabaco, la bebida y el uso de drogas, enseña habilidades para problemas específicos como, aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidas a presiones interpersonales para fumar. A diferencia de los programas tradicionales de prevención de drogas, sólo se ofrece una información mínima sobre las consecuencias a largo plazo para la salud, del uso de sustancias. En su lugar se ofrece información que se considera más importante para los adolescentes como son las consecuencias negativas inmediatas del uso, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual de uso entre los adultos y los adolescentes. Concretamente, se dedicaban cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades sociales y asertividad, y una a tratar las influencias de los anuncios, a técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación.

La estrategia “habilidades para la vida” es una técnica de empoderamiento o fortalecimiento de los niños, niñas y adolescentes, para transformarse a sí mismo y al mundo que los rodea. La adquisición y práctica de estas destrezas psicosociales les permite aprender, procesar y reaccionar activamente ante las influencias sociales y ambientales, sobre el comportamiento, y muchas otras formas de transformar y modelar otras circunstancias de su vida.

Esta estrategia aprobada por la OMS, es en la actualidad la más puesta en marcha para trabajar todo lo concerniente a la promoción y prevención de la salud, en donde se busca ejercer un mejor control de ésta, promueve además el desarrollo humano acrecentando aptitudes personales (destrezas y

habilidades) necesarias para mantener estilos de vida saludable, fortalece la competencia o capacidad individual para llevar una vida más sana.

A continuación se realiza una definición de conceptos que permiten profundizar en gran medida lo concerniente al modelo de Burgess y de Habilidades generales. Plantea un modelo teórico simple, parte de que el término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico, puede aplicarse a reducir el uso de drogas o a evitar conductas inadaptadas Becoña,(1999).

### **Habilidades sociales**

**“Habilidades sociales”** son un conjunto de conductas, asociadas a los animales, puestas de manifiesto en las relaciones con otros seres de la misma especie. En el caso de las personas, éstas dotan a la persona que las posee de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo su autoestima sin dañar la de las personas que la rodean. Álvarez, y Álvarez-Monteserin, (1990)

Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de comunicación y requieren de un buen autocontrol emocional por parte del individuo.

Además las habilidades sociales son parte de la formación del individuo desde su infancia hasta su muerte. Las habilidades sociales se forman desde el hogar e influye la escuela. Hay diferentes tipos de habilidades sociales, éstas son herramientas que nos sirven en la vida cotidiana para relacionarnos con los demás. Entre los diferentes tipos de habilidades sociales que se pueden entrenar existe la asertividad, la empatía (ponerse en el lugar del otro), la comunicación no verbal, la planificación, el establecer metas y objetivos, la resolución de problemas... Las habilidades sociales son estrategias aprendidas de forma natural. Existen varias teorías al respecto, destacando la Teoría del

Aprendizaje Social y la Psicología social industrial. La Teoría del Aprendizaje Social está basada en los principios del condicionamiento operante desarrollado por Skinner (1938). Skinner parte de que la conducta está regulada por las consecuencias del medio en el que se desarrolla dicho comportamiento. El esquema de cómo aprendemos según este modelo es el siguiente: ESTÍMULO----RESPUESTA-----CONSECUENCIA (positiva o negativa). Con base en este esquema, la conducta está en función de unos antecedentes y unas consecuencias que si son positivas, refuerzan el comportamiento. Las habilidades sociales se adquieren mediante reforzamiento positivo y directo de las habilidades. También se adquieren mediante aprendizaje vicario u observacional, mediante retroalimentación interpersonal y mediante el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. Goleman (2001).

Una de las habilidades importantes dentro de la estrategia de habilidades sociales, tiene que ver con los procesos que involucran la comunicación, y la forma como se manejan las relaciones interpersonales, se trata de la **Asertividad**, definida como una estrategia y estilo comunicativo, se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la **agresividad** y la **pasividad** (o no asertividad). Suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos.

Es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar las ideas y sentimientos, o defender los legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia Bach y Forés ( 2008).

Siguiendo a Aguilar (1999), la asertividad parte de la idea de que todo ser humano tiene ciertos derechos:

1. Derecho a decir la verdad.

2. Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. En ocasiones, derecho a ser el primero.
4. Derecho a equivocarse y a hacerse responsable de sus propios errores.
5. Derecho a tener sus propios valores, opiniones y creencias.
6. Derecho a tener sus propias necesidades y que éstas sean tan importantes como las de los demás.
7. Derecho a experimentar y a expresar los propios sentimientos y emociones, haciéndose responsable de ellos.
8. Derecho a cambiar de opinión, idea o línea de acción.
9. Derecho a protestar cuando se es tratado de una manera injusta.
10. Derecho a cambiar lo que no es satisfactorio.
11. Derecho a detenerse y pensar antes de actuar.
12. Derecho a pedir lo que se quiere.
13. Derecho a ser independiente.
14. Derecho a superarse, aún superando a los demás. (Castanyer: 1996:48)
15. Derecho a que se le reconozca un trabajo bien hecho.
16. Derecho a decidir qué hacer con el propio cuerpo, tiempo y propiedades.
17. Derecho a hacer menos de lo que humanamente se es capaz de hacer.
18. Derecho a ignorar los consejos de los demás.
19. Derecho a rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.
20. Derecho a estar solo aún cuando otras personas deseen su compañía.
21. Derecho a no justificarse ante los demás.
22. Derecho a decidir si quiere o no responsabilizarse de los problemas de otros.
23. Derecho a no anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.
24. Derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
25. Derecho a elegir entre responder o no hacerlo.
26. Derecho a sentir y expresar el dolor.
27. Derecho a hablar sobre un problema con la persona implicada y, en los casos límite en los que los derechos de cada uno no estén del todo claros, llegar a un compromiso viable.
28. Derecho a no comportarse de forma asertiva o socialmente hábil.

29. Derecho a comportarse de forma asertiva o socialmente hábil.
30. Derecho a hacer cualquier cosa mientras no se violen los derechos de otra persona física o moral.
31. Derecho a tener derechos.
32. Derecho a renunciar o a hacer uso de estos derechos.

## **5. ANÁLISIS DE LOS MODELOS Y SU APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO**

Desde los años setenta, con el incremento en el consumo de drogas se han venido implementando una serie de modelos preventivos que han intervenido en gran medida en este complejo mundo. Estos modelos preventivos han sido útiles para determinar, desde diferentes puntos de vista, las estrategias preventivas en farmacodependencia. Estos métodos utilizados en la actualidad son una compilación de múltiples conceptos que se aplican con diferentes estrategias dentro de los programas preventivos, caracterizado cada uno de una manera diferente y de acuerdo con las necesidades de la población, donde se tienen en cuenta principalmente los factores de riesgo de los individuos, así como los orígenes de las adicciones.

En la actualidad, Colombia enfrenta una de las problemáticas más relevantes de los últimos años; entre ellas, las adicciones, que constituyen un problema de salud pública que ha desbordado las posibilidades con que cuentan los gobernantes para afrontar esta situación. Además, las estrategias utilizadas hasta ahora no dan cuenta de la eficacia esperada, porque cada día se encuentran nuevas situaciones de riesgo que favorecen el consumo, especialmente entre la población adolescente.

Cada modelo preventivo utiliza para su sustentación diferentes teorías, que permiten conocer claramente los orígenes de las adicciones, sus factores de riesgo, lo cual permite a los trabajadores en prevención abordar la problemática de acuerdo con las necesidades sociales, familiares e individuales; es así como a partir de la teoría y de los elementos académicos brindados desde el conocimiento de cada uno de los modelos, se brindan posibilidades claras y prácticas que puedan abordar soluciones a las diferentes problemáticas ya planteadas, y a las adicciones de poblaciones que han sido afectadas por este flagelo. La academia, el conocimiento, el manejo de los conceptos, y la aprehensión de la teoría son herramientas valiosas, como

también lo son los aportes de teóricos y psicólogos especialistas sumergidos en el tema de las adicciones. Se trata también de involucrarse en la búsqueda de casos relativos al manejo de la prevención desde diferentes ámbitos, que luego de ser abordados puedan también ser reducidos a un completo manejo con las técnicas que aparecen como soporte desde cada modelo, para la consecuente prevención que es en última instancia el objetivo del presente estudio.

La variedad de modelos preventivos es enorme; en nuestro contexto se vienen implementando de forma agrupada y selectiva, ya que por su contenido, los expertos en prevención los han considerado como apropiados, de gran ayuda y acorde a las necesidades de la población. Entre ellos están:

**a) *El modelo informativo:*** Este modelo, racional desde todo punto de vista, permite a la población conocer acerca de las drogas y sus diferentes efectos; es un soporte teórico que ha brindado elementos de prevención a las personas que trabajan en este contexto, canalizando sus esfuerzos por reconocer las consecuencias del consumo, se manifiesta entonces como una herramienta epistemológica que al ser abordada por la población vulnerable, permite a ella vincularse con la ciencia y con el concepto, apuntando al manejo de términos relativos a la prevención; planteado desde otro punto de vista es un modelo muy limitado, porque no hace un seguimiento a los consumidores, ni tampoco tiene en cuenta factores de riesgo o de protección, que sirven como base para trabajar la prevención. No se tiene en cuenta la personalidad del individuo, ni tampoco brinda unas estrategias de tratamiento adecuadas a las necesidades particulares; esta es una de las partículas académicas que se presenta como desventaja de este modelo, debido a que no particulariza en la individualidad, presentándose entonces como una técnica solamente grupal que deja de lado las necesidades y riesgos del ser humano propio.

En la actualidad este modelo es puesto en marcha por personas que carecen de las herramientas necesarias para llegar a los jóvenes que

presentan diferentes tipos de adicciones, específicamente profesores de instituciones educativas que con el ánimo de contribuir a la disminución de las adicciones, y en su preocupación por el alto índice de consumo en los colegios de educación superior, actúan desde su desconocimiento, se limitan únicamente a dar a conocer los efectos de las drogas, pero no se dan a conocer las estrategias o salidas a la problemática; se estigmatiza al joven y se le señala socialmente, se le culpa como único responsable de esta situación. No se involucra tampoco a la familia, sus antecedentes personales, factores de riesgo y de protección. Todos los aspectos mencionados anteriormente se constituyen en factores coadyuvantes para la poca eficacia de este modelo en nuestra población, generando la necesidad de utilizar otro tipo de estrategias que fortalezcan estos aportes.

En ocasiones se realizan campañas educativas que de forma superficial no comprometen los individuos y cuyo propósito es lograr atemorizar a niños y jóvenes usuarios. Se considera “el temor” como un método eficaz para terminar con este flagelo, y como método de disuasión se logra encaminar la vida de los individuos consumidores. A través de los programas de Salud Pública que se vienen desarrollando en la actualidad, por parte de la Gobernación de Antioquia, la ESE Carisma y Surgir, en el marco de la prevención se aplican conceptos de los modelos informativo y habilidades generales con la estrategia “habilidades para la vida”, dirigido a la población infantil y adolescente, en donde reciben capacitación muy somera acerca de las drogas y sus efectos en el organismo, no se profundiza mucho en el tema, se busca que el estudiante adquiera herramientas formativas que le ayuden a combatir los factores de riesgo. La estrategia preventiva DARE, desarrollado por la Policía Nacional, trabaja también este modelo pero lo hace acompañado de estrategias lúdico- recreativas, aunque brinda información sobre las drogas y sus efectos, combina la información a través de una dinámica que permite a los jóvenes aprender a través de la lúdica y el juego, proponiéndolos desde un proyecto pedagógico encaminado a satisfacer necesidades de este tipo

En el país se hace necesaria una evaluación contundente del modelo propuesto, ya que la estrategia empleada para la transmisión de información está centrada únicamente en generar temor, esperando lograr la modificación de conductas en el individuo; una vez efectuada la evaluación del modelo se propondría entonces la ejecución de un proyecto, con miras a canalizar las verdaderas necesidades de los individuos en el ámbito de las adicciones y de la prevención de éstas, siempre a partir de la individualidad.

La aplicabilidad para este modelo, podría constituirse como una herramienta útil si se empleara de una manera más dinámica, acompañada de estrategias pedagógicas y didácticas más lúdicas y reflexivas, teniendo en cuenta además, aportes de otros modelos como el de habilidades generales, y modelos como el de autoestima de Kaplan (1986) y disminución del estrés de Willis (1996), ya que dentro de sus aportes teóricos brindan herramientas fundamentales para la modificación de conductas, específicamente en lo que tiene que ver con el manejo de la ansiedad y fortalecimiento de los auto-esquemas necesarios para el fortalecimiento de la integralidad del ser en todas las áreas de su vida. Se partiría de un cronograma de actividades que proyectado desde un objetivo general centrado en el individuo como parte fundamental de la sociedad, involucre realizaciones pertinentes a la hora de prevenir el consumo y sensibilice a la población en riesgo.

**b) El modelo de habilidades generales.** El presente modelo es sin lugar a dudas uno de los más completos en la actualidad y el más aplicado a nivel preventivo, por las instituciones comprometidas con la prevención de la drogadicción en el país, son instituciones bandera en el campo de la prevención, la Gobernación de Antioquia, la ESE Carisma y Surgir. Ellas plantean no solamente las necesidades que se deben tratar en estos campos, sino que también permiten abordar soluciones a partir de la ejecución de proyectos que se han consolidado en las diferentes instituciones gubernamentales.

La estrategia “habilidades para la vida” es una técnica de empoderamiento o fortalecimiento de los niños, niñas y adolescentes, para transformarse a sí mismo y al mundo que los rodea. La adquisición y práctica de estas destrezas psicosociales les permite aprender, procesar y reaccionar activamente ante las influencias sociales y ambientales, sobre el comportamiento, y de muchas otras formas de transformar y modelar otras circunstancias de su vida. Promueve además el desarrollo humano y desarrollo de aptitudes personales (destrezas y habilidades) necesarias para mantener estilos de vida saludable, fortalece la competencia o capacidad individual para llevar una vida más saludable. Por lo tanto, el modelo de habilidades generales se ha constituido en el modelo más aplicado en la actualidad, permitiendo tanto a las instituciones como a individuos beneficiarse de sus soportes teóricos, que hacen de él un modelo eficaz y que a la hora de evaluarlo se tienen en cuenta las variadas estrategias metodológicas que sustentan y las necesidades de la población objeto.

El modelo de habilidades generales le ha permitido al individuo desarrollar una serie de capacidades y destrezas que le favorecen para afrontar los factores de riesgo en diferentes contextos. Pero ha dejado de lado factores que influyen en la aparición de farmacodependencia y que no necesariamente tienen que ver con lo psicológico, se trata de factores socio-culturales del contexto, tales como condiciones de pobreza, urbanización, desempleo, crisis de sentido, y todo lo que le genere malestar al individuo, por no poder suplir unas necesidades básicas y que se constituyen en detonantes de aparición de adicciones a las drogas. Este modelo, no considera como prioritario el desarrollo a nivel social y comunitario, ni tampoco tiene en cuenta las condiciones de vida del individuo ni su trascendencia en la participación de redes sociales, justicia social que tiene que ver con la vulneración de derechos etc.

**Modelo de Burgess.** Burgess (1997). Este modelo es planteado por Becoña (1995) como un modelo muy simple por su contenido, ya que utiliza desde su ciencia, conceptos elementales que tienen que ver con la prevención primaria, secundaria y terciaria, buscando prevenir o disminuir el consumo. Es un modelo muy similar al de habilidades generales porque las estrategias utilizadas se basan en el desarrollo de herramientas que favorecen el fortalecimiento de los valores, como autoestima, la libertad que fomenta la toma de decisiones, analizando consecuencias de sus propios actos. Este modelo critica el modelo informativo por su contenido basado solo en información que puede resultar contraproducente a los individuos que reciben la educación preventiva. La propuesta planteada por este modelo es bien interesante porque se pretende llegar, tanto a la población consumidora como a los que nunca han llegado a consumir. Pero, aunque fomenta la adquisición de ciertas habilidades, no tiene en cuenta los factores de riesgo en relación con los tipo de intervención propuestos (primaria, secundaria y terciaria), por ejemplo no se incluye a la familia dentro del proceso, como estrategia fundamental dentro del factor preventivo. Desde el punto de vista del manejo de la autoestima, del fomento de habilidades para la vida, la sensibilidad por la toma de decisiones individuales, los procesos de comunicación y la solución de conflictos que propone, este se plantea como una filosofía de vida muy aplicable en el entorno debido a la necesidad preponderante de que el individuo se reconozca a sí mismo y contribuya desde su interior a forjar mejores seres humanos, y mejores comunidades con entornos más saludables.

Desde sus soportes teóricos se constituye un modelo importante aplicable en nuestro contexto y que ante la inminente necesidad de fortalecer en los niños y jóvenes habilidades que les permitan mejorar su desempeño a nivel social, familiar, pero sobre todo contribuye en gran medida al establecimiento de un proyecto de vida. Es importante resaltar que muchas de las condiciones de vida de nuestra población actual tienen que ver con situaciones de subdesarrollo y a través de este modelo se busca la fomentar la

participación de los jóvenes y donde estos a través de realizar una mejoras en algunas de sus áreas puedan renovar sus condiciones de vida.

***c) Modelos basados en los factores de riesgo:***

**Modelo social de Peele:** *El modelo social* podría considerarse uno de los modelos de mayor eficacia, ya que la forma de abordarlo contribuye a la efectividad de este tipo de programas, especialmente en lo referente a las estrategias de aprendizaje del individuo, de igual manera podrá cambiar sus viejos hábitos por otras estrategias más sanas. Se tienen en cuenta los factores relacionados con su medio ambiente, personalidad, específicamente el concepto que el individuo tiene de sí mismo, el desarrollo de sus creencias de auto-eficacia, también la influencia de sus pensamientos, sentimientos y acciones. En términos generales el concepto de auto-esquemas podría llevar a hacer una apreciación más específica de todo lo que encierra al individuo en la forma de apreciarse, valorarse, y estrategias de afrontamiento de diferentes situaciones. Este modelo también destaca de manera relevante la forma como los individuos acceden al consumo de sustancias, ya que en muchas ocasiones no lo inician por situaciones de conflictos adquiridos en el medio ambiente o por aprendizajes a nivel familiar, sino que tienen que ver con otros factores de riesgo relacionados con su grupo de iguales, la relación con el entorno y la percepción que se tiene acerca de las drogas, pero que a partir del trabajo realizado con “habilidades sociales” aporta en gran medida a la reducción del consumo, ya que en éstas le brindan al individuo herramientas que favorezcan el quehacer frente a esta problemática teniendo como base su origen.

La estrategia preventiva que trabaja este modelo, tiene en cuenta los factores psicológicos y ambientales, la composición y los efectos de la sustancia. Esta estrategia contribuye a la formación del individuo, a su crecimiento personal, a la adquisición de unas herramientas que le van a permitir enfrentar e identificar sus propios factores de riesgo para el consumo, y

a su vez, potenciar factores protectores a nivel individual, social, comunitario y familiar.

Las influencias sociales, la personalidad y los modelos a nivel social y familiar, son determinantes para el inicio del consumo de drogas en los jóvenes, en este modelo el individuo aprende sobre el manejo de las normas, a través del desarrollo de habilidades sociales que les permiten enfrentar su medio ambiente, hacerse responsables de su existencia, además identifican claramente las consecuencias del consumo, y sus efectos a nivel orgánico. Los jóvenes aprenden estrategias de afrontamiento de las distintas situaciones, al igual que en otros modelos que presentan características similares como el modelo racional, considerado como el más tradicional donde la prevención se enfoca desde la información de los efectos de las drogas.

Este modelo es aplicado a nuestro contexto actual aportando en gran medida a la prevención que se realiza actualmente, a través de la implementación de programas de Salud Pública del Departamento, que parten de la consolidación de proyectos desarrollados en instituciones educativas y grupos de riesgo, y que se vienen trabajando en diferentes municipios (estrategia habilidades para la vida). Otro gran aporte del modelo objeto de estudio, es el hecho de involucrar allí las entidades que trabajan con estos proyectos preventivos; es el caso de Surgir, que a través de su estrategia “la aventura de la vida” plantea aspectos relevantes que parten de los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a dejar de consumir, e involucran aspectos de tipo social y familiar, permitiendo a los jóvenes varias alternativas que se convertirán en factores protectores y de mantenimiento de conductas adaptativas.

El modelo social se desarrolla como un modelo alternativo, ya que desplaza la atención hacia el interior y el ambiente próximo del individuo (la familia, el grupo de pares). Concibe a la farmacodependencia como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y

sociales adecuadas. Así, el contexto inmediato del individuo puede actuar tanto como factor patogénico como agente de protección. Desde esta perspectiva, no se distingue entre tipos de drogas (según su estatus farmacológico o legal), puesto que lo importante es el tipo de relación que el individuo establece con la sustancia. Y, de esta forma, distingue entre uso (experimental, ocasional, controlado), abuso y dependencia. No se centra en la información sino en la formación de actitudes de auto-cuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales (prevención inespecífica y primordial), es decir, en una educación, mediante programas alternativos de actividades, para la salud integral y el desarrollo humano y personal. La farmacodependencia se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto. Este modelo busca promover patrones o estilos de vida “sanos” y valores de auto-cuidado que eviten el consumo de sustancias.

**El modelo de Becker:** al igual que otros modelos se constituye como punto de partida para el trabajo preventivo; es similar al modelo sistémico, al biológico y moral, trabajando desde el modelo contemporáneo, elementos basados en factores de riesgo y de protección. Es un modelo muy aplicado en nuestro contexto porque permite el reconocimiento de las necesidades del individuo internas y externas, facilitando la identificación de sus elementos en términos de principios morales; pero desde su estrategia no contribuye a un diagnóstico eficaz de necesidades, porque sus aportes teóricos limitan efectuar posibles procedimientos de prevención, siendo este un factor negativo o de desventaja.

A través del presente modelo preventivo se busca obtener una línea de base que va a permitir una intervención más eficaz de las problemáticas individuales y colectivas por medio de la detección de factores de riesgo, que buscan ser disminuidos o mitigados, desarrollando estrategias protectoras. El modelo logra descubrir motivos de consumo pero dentro de sus soportes no cuenta con estrategias metodológicas que lleven al individuo y su familia a

hacer cambios en sus conductas problemáticas, por lo tanto no se constituye en un modelo muy efectivo para nuestro país.

**Modelo basado en la afectividad de Pandina:** la afectividad es un elemento fundamental para la formación de la personalidad de los individuos, y que ante su déficit se presentan un sinnúmero de anomalías que se manifiestan a través de conductas anormales en la vida de los individuos y que son evidentes en los diferentes contextos, estos tienen que ver con manifestaciones de conducta antisocial, relaciones disfuncionales, inseguridad personal, violencia intrafamiliar, pero principalmente con el consumo de sustancias psicoactivas. Este modelo se relaciona con el modelo de autoestima de Kaplan, porque se busca el fortalecimiento de la afectividad de manera individual, y aunque no podemos pretender suplir carencias afectivas en los individuos, se puede comenzar a fortalecer el amor propio en cada sujeto como estrategia fundamental para evitar el consumo de sustancias psicoactivas. El modelo se relaciona también con el modelo biológico, ya que tiene en cuenta la correlación entre la estimulación de los circuitos neuronales y el consumo de sustancias.

Aunque en la actualidad el tipo de prevención que se realiza en nuestro contexto se fundamenta en el fortalecimiento de habilidades generales y la información, estos incluyen la afectividad, pero no lo tienen como prioridad, porque la autoestima tiene que ver con todo lo que el individuo es, su comportamiento, percepciones y forma de enfrentar el mundo. Dentro de este proceso de afectividad individual sería conveniente incluir la familia para que los resultados sean más efectivos, y la familia adquiriera también elementos que le van a permitir disminuir unos factores de riesgo, y de esta manera contribuir al mejoramiento de las condiciones de adicción en los individuos.

**La teoría del enfoque sistémico:** este modelo al igual que el modelo de **Burgess** tiene en cuenta los procesos de afectividad en los seres humanos para estructurar la personalidad en los individuos, derivando de allí procesos

adecuados de comunicación, estrategias educativas fundamentales para la formación de la conducta, específicamente de las normas. Todo proceso preventivo debe incluir a la familia para poder hablar de efectividad, ya que los individuos por sí solos, bien sea en el proceso preventivo o de tratamiento, necesitan un soporte que refuerce sus conductas positivas. Pero además se busca que en las familias se adquieran herramientas que mejoren estrategias de afrontamiento de diferentes situaciones. En la actualidad este modelo retoma dentro de su sustentación teórica técnicas del modelo de habilidades generales, brindando a la familia orientación sobre herramientas educativas que les permiten a los niños y jóvenes desarrollar su autonomía, independencia y afrontamiento de los cambios, ayudando además a reconocer falencias en su dinámica interior.

#### 4. CONCLUSIONES

Los modelos preventivos no solo son soportes teóricos, son también una oportunidad de reflexión para el contexto objeto de estudio, debido a que ofrecen elementos, herramientas y metodologías que apuntan directamente a mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable, y facilitan con su sustentación y su teoría el apoyo al fortalecimiento de proyectos de política pública, que hasta ahora son poco utilizados en los sistemas de salud vigentes.

El tema de la prevención en farmacodependencia involucra diferentes instancias que van desde lo individual a lo colectivo, y se constituye en el principal problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados. Los motivos que pueden llevar a una persona al consumo son muchos y que incluyen necesidad de escapar de una situación caótica, trastornos, dolor, frustración, violencia. Por esto las alternativas incluyen aquellas actitudes constructivas viables, valores, orientaciones, experiencias, sentido de vida, oportunidades, actividades, ocupaciones y programas que puedan evitar el consumo drogas o disminuirlos, al proporcionar mayores satisfacciones que las drogas. Y es partir de investigaciones que vienen realizando las personas interesadas en el tema de las adicciones, que han surgido diferentes estrategias las cuales pretenden servir como herramientas ante las necesidades de este siglo.

Algunos programas preventivos que se vienen ejecutando en la actualidad, como es el caso de la gobernación de Antioquia, Surgir, DARE, retoman elementos de modelos de prevención como es el Modelo Informativo, Habilidades Generales, Factores de Riesgo, Modelo de Burgess, Teoría Sistémica y el modelo de Becker. Las bases teóricas en que se apoyan estos modelos contienen elementos que direccionan las diferentes estrategias preventivas, contribuyendo a generar cambios a nivel individual, familiar y social.

La degradación social existente en el momento en nuestro contexto, descomposición por utilización de drogas, y la presencia de grandes factores de riesgo en los ámbitos social, familiar e individual, hacen que uno de los modelos más aplicables en el entorno sea el modelo de “habilidades sociales” a través de la estrategia de “habilidades para la vida”, debido a que ofrece a los usuarios herramientas metodológicas y didácticas como el fomento de los valores, la autoestima, y permite desarrollar una serie de habilidades que favorecen en el individuo la presencia de una mejor calidad de vida dentro de los grupos en los cuales conviven.

“La drogadicción”, se expande cada vez más, con sus conocidas y nefastas consecuencias, sin embargo no tiene buen pronóstico, mientras los entes gubernamentales sostengan dentro de sus políticas, que la única forma de erradicar esta epidemia es a través de la abolición de las drogas, donde se promueven sólo medidas represivas y coercitivas para acabar con este flagelo, sin tener en cuenta las estrategias preventivas que se vienen realizando, en su mayoría desde el ámbito privado. No existen en la actualidad proyectos que contemplen actividades de políticas públicas que focalicen estas necesidades, ni existen los recursos suficientes para la prevención; tampoco existen estudios relacionados con la viabilidad de proyectos que involucren la presencia de estos modelos en la vida de los seres humanos afectados por las drogas, lo cual se constituye en otro factor de riesgo. Se requiere el compromiso de los entes gubernamentales para el fortalecimiento de estrategias educativas y laborales que permitan a los jóvenes proyectarse y comprometerse en actividades productivas, involucrando diferentes instancias de la comunidad como son los medios de comunicación, el clero y organizaciones culturales que propicien estilos de vida saludables.

En el campo de los modelos preventivos, se plantean diferentes teorías y modelos desde otros puntos de vista ya no mediados por factores políticos o económicos. Se cuenta por ejemplo con autores Becoña, quien en los últimos veinte años se ha dedicado a compilar los aspectos más importantes

encontrados referentes al tema preventivo en materia de adicciones, y que a través de sus aportaciones se ha intervenido desde diferentes ámbitos. Ha logrado a través de sus textos explicar las estrategias preventivas existentes, que han aportado no solo a los autores interesados, sino también a instituciones y personas contribuir en el campo de la prevención.

Se puede concluir también, que los modelos preventivos en la actualidad cuentan con un soporte teórico, incluyendo aspectos importantes que tienen que ver con el origen consumo de psicoactivos. Sin embargo se puede observar que prevalecen aun criterios de tipo moral que cuestionan permanentemente al consumidor, estigmatizándolo o simplemente presionándolo para que resista a las exigencias sociales. En consecuencia, se estigmatiza pero no se favorece el desarrollo de su personalidad y su autonomía. Las orientaciones brindadas a los jóvenes no deberían pensarse solo en programas de orientación o rechazo, sino que le deben permitir alternativas de capacitación laboral, que lo induzcan además al desarrollo de un pensamiento crítico que y que favorezcan la identificación de sus propias necesidades a nivel individual, social y familiar. Se evidencia además la urgente necesidad de implementar diferentes métodos de evaluación de los programas y mayor compromiso por parte de las personas que los ejecutan; dicha evaluación podría realizarse a través de elementos de reflexión que posibiliten un debate social acerca del tema en cuestión favoreciendo la crítica constante, no solo a los modelos preventivos aplicados en nuestro contexto, sino que se basen en modelos teóricos que den piso epistemológico a éstos.

La intervención tanto en el área preventiva como de tratamiento de las adicciones a las drogas, se constituyen en un tema complejo, que debe ser abordado desde diferentes ámbitos, teniendo en cuenta todas las áreas que involucran al individuo, partiendo desde un enfoque bio-psicosocial, pues va desde la simple sensibilización, pasa por la información, la educación, la capacitación, la formación y la generación de estilos de vida saludable. Por lo anterior, se puede plantear la crítica que los modelos de prevención tenidos en

cuenta para el presente análisis, manejan un enfoque poco articulado a otras áreas, limitándose específicamente a brindar a los individuos alguna capacitación en estrategias que si bien le van a permitir aprendizajes que propicien el desarrollo de otro tipo de conductas, hace falta en sus teorías el establecimiento de iniciativas más amplias que involucren a los jóvenes y a sus comunidades, en una serie de tejidos sociales que le permitan proyectarse hacia formas de vida más sanas.

Actualmente a través de los programas de salud pública con la estrategia “Habilidades para la vida”, derivada del modelo de habilidades generales, se han logrado incrementar diferentes estrategias educativas y pedagógicas relacionadas con la prevención de las adicciones, ante la inminente necesidad de abordar las formas de consumo específicamente en la población infantil y adolescente. Sin embargo, presenta múltiples falencias en su ejecución por su falta de continuidad; esto debido a cambios en los gobiernos de turno, a problemas de desembolso de dinero en los contratos, y al tipo de contratos laborales que pueden brindar a los profesionales que desarrollan los programas preventivos. Por ejemplo, un tiempo tan corto de aplicación de un año no permite evidenciar su eficacia. Otra de las desventajas de este tipo de programas es la poca capacitación del personal que interviene en la estrategia, porque en muchas ocasiones se limita a la realización de los talleres sin efectuar un estudio previo de la población objeto, dando como resultado la aplicación de la misma estrategia a todos los grupos; no se hace selección de personal de acuerdo con los factores de riesgo, como tampoco se tiene en cuenta los perfiles del consumidor en algunos casos.

Referente a las estrategias preventivas, en el momento se vienen implementando una serie de procesos cortos con cada grupo poblacional, con estos se pretende a través de unas actividades breves, cambiar conductas evidentes sin profundizar en las necesidades de los individuos, bien sea en lo familiar, lo social o sus necesidades básicas. Ello también impide el logro de sus objetivos propuestos.

También es importante resaltar que el tipo de prevención implementada desde los modelos estudiados, permite a los niños y jóvenes una serie de reflexiones y cuestionamientos que permiten cambiar conductas de aprendizaje adquirido y por ende ser factores protectores que posibilitan la toma de conciencia frente a la prevención.

A manera de conclusión, se puede expresar que ante el fenómeno agudo de descomposición social, de pobreza y de marginación, de desestabilización económica, y en el ámbito de las relaciones interpersonales producto de la degradación por drogas, se debe investigar y planear para una intervención con calidad desde el aporte epistemológico de cada uno de los modelos, ejecutando procesos transformadores y pedagógicos, sino más bien estableciendo parámetros de individualidad en el ámbito de la prevención. La investigación debe favorecer conocimientos de los factores de riesgo que afecten al individuo en el orden individual en donde se pueda intervenir sin exclusiones.

## BIBLIOGRAFIA

Aguilar kubli.E (1999) *Asertividad, como ser tu mismo sin culpas*. Ed Pax. Santa Fe de Bogota

Alonso David, Freijo Elisa y Freijo Aurora. (1999). *La prevención de las Drogodependencias en la Comunidad Escolar*. Ministerio del Interior – Madrid.

Álvarez, A., Álvarez-Monteserín, M. A., Cañas, A., Jiménez, S., Ramirez, S., y Petit, M. J. (1990). *Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3-6 años (Guía práctica para padres y profesores)*. Madrid: Visor.

Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. 16-17

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Araujo. R. (2000) “Barrios terapéuticos: Identidades sociales y cura comunitaria” México D.F. 1, 76-77

Arévalo, G. Maldonado,J. (2005). “Prevención y abordaje de la Violencia Escolar desde la APS”. Universidad Blas Pascal.

Bach. E, Forés. A.(2008) *La Asertividad*, Plataforma Editorial.

Baker, P. (Ed.) (1998). *Basic family therapy (4th. ed.)*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd

Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.

Bandura, A. (1988). *Self – efficacy conception of anxiety*. *Anxiety Research*, 1, 77-78

Bandura, A. (1989). *Social cognitive theory*. *Annals of Child Development*.

Becker, B.J. (1997). Meta-analysis and models of substance abuse prevention. En W.J.

Becoña Iglesias, E (1995). El consumo de Tabaco en Galicia: Prevalencia y medidas a tomar para la reducción del número de fumadores.

Becoña, E. (1995). La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Becoña E (1999) Bases teóricas que sustentan los programas de Prevención de Drogas Plan Nacional Sobre Drogas del Gobierno Español Universidad Santiago de Compostela.

Becoña, E.; Palomares, A., y García, M. P. (1994): *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.

Bermúdez Moreno, José; Pérez García, Ana María; Sanjuán Suárez, Pilar (2003). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación*. Madrid: UNED.

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

Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. y Botvin, M. (1989). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention:one-year follow-up. *Addictive Behaviors, 15*, 47-63

Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 13*, 290-301.

Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. y Botvin, M. (1989). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention:one-year follow-up. *Addictive Behaviors, 15*, 47-63

Briceño C. (1994) « Manual acerca del consumo de drogas» ESCRIV Lima-Perú.

Bukosk (1994), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs* . 96-119. Rockville, MD: NIDA.

Burguess, R. (1997). Deconstructing drug prevention: Towards an alternative purpose. *Drugs: Education, prevention and policy, 4*, 279-283.

Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. IV. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compos tela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Castro, Ma. E. (1999). "Investigación preventiva con el modelo Chimalli". INEPAR. México.

Castro, Ma. Elena & Llanes, Jorge. (1997) "Construye tu vida sin adicciones. Manual del facilitador. Población objetivo: preadolescentes y adolescentes tempranos". Conadic. México. 1997

Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.

Clayton, R. R. (1992). «Transitions in drug use: Risk and protective factors». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* Washington, DC: American Psychological Association. 15-51

CONADIC. (2000) "Programa contra la farmacodependencia". Documento de trabajo. México. 17-18

Escámez .J. (1990). «Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias». En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* . Madrid: Dykinson. 193-208

Escohotado, A (1995): Historia General de las Drogas, tomó II. Alianza Editorial, España.

Escohotado. A (1999) Historia General de las Drogas. Alianza editorial, España. 665-669

Escothado, J. (1995). *Aprendiendo de las drogas*. Madrid. Anagrama.

Flay y Petraitis (1995) *Community Psychology* . Nueva York: Gardner. 213-238

Fontana. D (1989). *Control del estrés* pag 2-25 Editorial Manual Moderno, Sociedad Anònima Santa Fe de Bogota.

Forselledo, A.G. (1988) "*Introducción a los aspectos funcionales y disfuncionales de la familia del farmacodependiente*". Curso de Formación de Terapeutas Familiares. OPTAR-IIN/OEA. Montevideo.

Forselledo, A.G. Da Silva, F. (1990.) "*Familia y Riesgo de Farmacodependencia Aspectos Funcionales y Disfuncionales*". FORO Boletín. Año 3. Nro. 8IIN/OEA-OPTAR. Montevideo.

Foster, S. y Gurman, A.S. (1988). Terapias de familia. En S.J. Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* 471-522. Bilbao: Desclée de Brouwer. 471-522

Fundación Convivir, (1987), Banco interamericano del desarrollo, modelos preventivos en el uso indebido de drogas. 30-72.

García Rodríguez, J. López Sánchez, C (1983) Nuevas Aportaciones a la Prevención de las Drogas. 45-71.

George S. Brett – Historia de la Psicología. (1985) Editorial Paidós SA.  
Gil.P. *FAD (1980) y Ayuntamiento de Barcelona. Compilacion. contextos, sujetos y drogas, pag 245-246.*

Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Goleman, D. (2001) *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairós. (2001) ISBN 84-7245-371-5

Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of he state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Heien, D.M. y Pittman, D.J. (1993). The external cost of alcohol abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 302-307.

Herrel, J.(1985) Prevención del abuso de drogas. Conceptos y estrategias. 5, 107.

Hersen (1992), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford, UK: Elsevier Science Ltd. 473-496

Kalant, E.M. (1993) Sellers y E.R. Vingilis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* v. 10, 215-250. Nueva York: Plenum Press.

Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.

Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). *Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C.: American Psychological Association. 211-253

Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). *Auto-rechazo y la explicación de la desviación: refinamiento y elaboración de una estructura latente*. *Sociales Psycholoty*, 49, 110-128.

Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1987). *Compañeros y la conducta desviada: elaboración ulterior de un modelo.*, 50, 277- 284.

Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1988). *Explicar el uso de drogas en adolescentes: Una estrategia de elaboración de modelos de ecuaciones estructurales*. *Psiquiatría*, 51,142,162.

Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of the Addictions*, 20, 897-916.

Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.

Kirschenbaum, M., Leonoff, G. y Maliano, A. (1974). Characteristic patterns in drug abuse families. *Family Therapy*, 1, 43-62.

Kozlowski, H.M. Annis, H.D. Cappell, F.B. Glaser, M.S. Goodstadt.(1997)

Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 435-463.

Lawrence. P. (1998). *La Ciencia de la personalidad*. mc graw hill Interamericana de españa, s.a.u

Lebow, J.L y Gurman, A.S. (1998). Family systems and family psychology. En A.Bellack y M.

Manso Coronado. F. (2003). *Diccionario enciclopédico de estrategia empresarial*.

Matthewa, G. (1986). *Personality and multidimensional arousal: peronality and individual differences*. 8,9-16

Milanese, E. (1999) "Las *farmacodependencias: prevención, reducción del daño, cura y rehabilitación psicosocial en una perspectiva de comunidad*" en "Prevención, reducción del daño y cura de las farmacodependencias. Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en la acción". Cáritas Arquidiócesis de México, Hogar Integral de Juventud, Cejuv, Cultura Joven. México, D.F.

Modelos de prevención en farmacodependencia. Resumen de ponencias (1990). Organizado por USB y el centro coordinador de investigaciones. 1-24

Moncada, S. (1997): «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas», en Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* ( 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Morales Sánchez Maritza, (2000) *Caracterización del trabajo de prevención social en las comunidades del territorio*. Monografía. Universidad de Oriente,

Nichols, M.P. y Schwartz, R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4<sup>th</sup> ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Oñate y Garcia de la R. (1995) *Psicología de la educación. Barcelona : Boixareu Universitaria, p. 212-226*

Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS

Papalia, D, Wendkos.S. Psicología General. Mc Graw Gil. Mexico 1987 Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1982). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.

Pervin. Lawrence. (1997), *La ciencia de la personalidad* mc graw hill interamericana de españa, s.a.u

Peterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recomenations. *Evaluation Review*, 16, 579-602

Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.

Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (2002), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Sanz, C. Salvador, T. Suelves Joanxich, J. (2004) *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Edita: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud Imprime:

Schwartzman, J. (1975). The addict, abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132, 154-157.

Stahl, S.M. (1998). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona: Ariel.

Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.

Tolman, E. C. (1932) *purposive behavior in animals and men*. New York: Century.

UNDCP. (2000). Demand Reduction. A glosary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

Vergara Adarve, J. (2001). *Didáctica de la Educación Etica y Valores Humanos*,

Vila. J. (1997) "Prevención escolar en drogodependencias: la asignatura pendiente" en "El fenómeno social de las drogodependencias". Revista de estudios de juventud. No 40. Centro de estudios, formación e información de Juventud-Instituto de la Juventud. España. 43-45

Waldrom, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.

Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Wills, T.A. (1986). Stress and coping in early adolescent. Relationships to smoking and alcohol use in urban school samples. *Health Psychology*, 5, 503-529.

Wills, T.A. (1990). Stress and coping factors in epidemiology of substance use. En L.T.

Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. Nueva York: Academic Press.

Wise, R.A. (1988). The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addictions. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 118-132.