

MODELOS INTERPRETATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Artículo publicado en 2008 en la revista “Polis – Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial”, Vol. 4, nº 2, pp. 157-186.

Autor: Xavier Pons Diez

Departamento de Psicología Social de la Universitat de València

1. INTRODUCCIÓN: ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS.

La problemática del consumo de drogas, como cualquier problema social, admite una diversidad de acercamientos interpretativos. Se trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones. De este modo, podrá ser contemplado desde perspectivas distintas, cada una de las cuales enfatizará unos aspectos determinados y propondrá una aproximación particular.

Los múltiples elementos implicados en este problema social remiten a una complejidad de aspectos que deberán ser considerados para poder entenderlo y abordarlo de manera exhaustiva. Todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como unos escenarios sociales con sus muchas variables condicionantes. Estamos hablando de un fenómeno que incluye, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas,...

Esa complejidad debería invitarnos a contemplar la problemática del consumo de drogas alejados de cualquier reduccionismo o interpretación parcial. Sin embargo, la formación específica de los investigadores y profesionales que lo abordan ha creado diferentes modelos interpretativos –a veces, formulados en términos irreconciliables– que, no obstante, aportarán también riqueza interpretativa, siempre que seamos capaces de mantener a distancia el mencionado reduccionismo, pues ninguna posición reducida permitirá explorar las múltiples implicaciones del fenómeno.

Podremos, así, diferenciar nueve grandes aportaciones interpretativas que, en los apartados posteriores, serán analizadas por separado:

- Modelo moralista.
- Modelo de la distribución del consumo.
- Modelo médico tradicional.
- Modelo de reducción del daño.
- Modelo de la privación social.
- Modelo de los factores socioestructurales.
- Modelo de educación para la salud.
- Modelo psicológico individualista.
- Modelo socioecológico.

Éste último se nos presenta con una cierta vocación de síntesis, dado que pretende recoger los hallazgos relevantes de las otras interpretaciones, además de proponerse la superación de sus carencias y limitaciones. Pero no hay que olvidar que la perspectiva socioecológica proviene fundamentalmente de las ciencias sociales y, a pesar de la mencionada vocación integradora y superadora de reduccionismos, su explicación no puede ser comprendida sin atender a las aportaciones de los otros modelos. Por ello, intentaremos sistematizar las características de las interpretaciones teóricas mencionadas, con la finalidad de presentar una visión tan exhaustiva como sea posible de la problemática del consumo de drogas.

No obstante, antes de cumplir con este propósito principal, creemos necesario introducir, en los párrafos que siguen, algunas cuestiones básicas sobre los conceptos que vamos a tratar, con la finalidad de delimitarlos conceptualmente.

Partiremos de la definición ya clásica de droga psicoactiva aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central (Kramer y Cameron, 1975). Es decir, una droga psicoactiva será aquella sustancia química capaz de producir efectos sobre la psique, con independencia de su clasificación sociológica.

Lo anterior nos lleva a considerar el concepto de situación sociológica de la droga en las sociedades industrializadas y a diferenciar tres posibilidades (Berjano y Musitu, 1987):

- Sustancias institucionalizadas: mantienen un estatus de legalidad controlada en cuanto a su producción, distribución, publicidad y consumo, además de recibir valoraciones mayoritariamente acríicas del medio social. Se habla aquí de alcohol y tabaco.

– Sustancias no institucionalizadas: mantienen un estatus de ilegalidad en cuanto a las anteriores actividades, además de recibir valoraciones mayoritariamente críticas del medio social.

– Sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso “desviado”: son sustancias elaboradas con finalidades médicas, que pueden “desviarse” de su destinación original, para ser consumidas con finalidad recreativa.

La OMS destaca que el tabaco y el alcohol etílico son, con diferencia, las drogas psicoactivas más consumidas en las sociedades industrializadas y las que se encuentran asociadas con mayores problemas de salud pública, motivo por el cual no deberían ser apartadas de la consideración genérica de droga, ni contempladas en un nivel de nocividad menor, respecto a las sustancias no institucionalizadas (World Health Organization, 2000).

También será necesario diferenciar conceptos relacionados con niveles de consumo y la adicción a drogas. El término “consumo” hace referencia a la ingesta de una sustancia, por parte de una persona, en un momento dado. Es, por tanto, un concepto genérico y como tal debe ser entendido. Obviamente, no siempre el consumo de drogas será un consumo adictivo. Éste último se refiere a una pauta de comportamiento, definible en términos clínicos, caracterizada por la priorización del consumo de una sustancia particular frente a otras conductas cotidianas, por la aparición de síntomas de abstinencia ante la privación y por la imposibilidad de la persona de controlar su ingesta (American Psychiatric Association, 2002).

La adicción no es la única modalidad de consumo de drogas que se halla relacionada con perjuicio para la salud. El consumo abusivo, aun sin ser necesariamente adictivo, representa una modalidad de riesgo para la salud, tanto por la morbilidad asociada a la toxicidad de las sustancias, como por la interferencia que el efecto psicoactivo puede ejercer sobre determinados comportamientos. Así cabrá diferenciar dos formas de consumo abusivo (Pons, 2006):

– Consumo abusivo cuantitativo: consumo de una sustancia particular en una cantidad y frecuencia que sobrepasa los límites tolerables para el mantenimiento de la salud de la persona consumidora.

– Consumo abusivo cualitativo: consumo de una sustancia particular asociado a circunstancias peculiares, y con independencia de la frecuencia: conducción de vehículos, consumo laboral, consumo infantil,...

Explicados y aclarados los conceptos anteriores, nos adentraremos en la descripción y análisis de los modelos interpretativos del consumo de drogas.

2. EL MODELO MORALISTA.

Contempla la droga como un elemento peligroso per se y capaz, en determinadas circunstancias y en manos de determinadas personas, de crear situaciones de alto riesgo para la integridad física de los individuos y la salubridad colectiva. Se pretende proteger a la población de los peligros de las drogas, no sólo mediante la legislación sobre producción, distribución y consumo, sino también desde un posicionamiento censorador hacia el producto y sus usuarios.

Se presta especial atención al conjunto de comportamientos directa o indirectamente vinculados a aquel tipo de consumo de sustancias que pueda ser considerado como delito o como causa de delitos, así como a las sanciones legales que pretenden reducirlos. La consecuencia es que el individuo consumidor de drogas no legalizadas, dependiente o no, será percibido como un desviado o, incluso, como candidato a convertirse en delincuente, interesando de él únicamente aquellas conductas que están relacionadas con las implicaciones legales del consumo de sustancias (Pinazo, 1993).

Esta perspectiva no se orienta hacia el análisis detallado de las toxicomanías ni de los factores causales de éstas; su interés, por el contrario, es subrayar la responsabilidad personal en el acto antisocial y la responsabilidad de intervención coercitiva que tiene el sistema judicial, el cual deberá responder mediante sanción legal para garantizar, en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva (Pastor y López-Latorre, 1993). Asume que las drogas no legales son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales, y por tanto deben quedar fuera del alcance de los ciudadanos, al otro lado de la barrera levantada por la ley.

En síntesis, toda actividad relacionada con drogas no institucionalizadas se convierte en un comportamiento cuanto menos antisocial, si no explícitamente ilegal. El individuo implicado responderá ante el sistema judicial, que se halla preparado para tal fin, y lo hará en función de la gravedad de su falta y de las consecuencias que de ella se deriven. Pero también se asume una sanción social para el sujeto consumidor, basada en la manifestación de rechazo y reprobación.

Se admite que el contexto social pueda tener algún papel modulador del delito o del acto antinormativo, atenuando o agravando tanto sus consecuencias como la responsabilidad personal implicada en el mismo. No obstante, este modelo no incide en el análisis pormenorizado de las interacciones e influencias entre la persona y la droga o entre la persona, la droga y el ambiente, siendo estos aspectos considerados en los restantes modelos, cada uno desde su particular perspectiva interpretativa (Pastor y López-Latorre, 1993).

En cuanto a la intervención en materia de prevención de las toxicomanías, el modelo jurídico-moralista prioriza las intervenciones legales. Es cierto que las medidas legales forman parte de la promoción de la salud, en tanto que ésta es un ámbito de intervención interdisciplinar, que incluye la acción legislativa en la misma medida que la educativa, la política o la asistencial (Breen y Arnold, 1998). Sin embargo, el tipo de medidas de prevención propuestas por este modelo tendrían un carácter eminentemente restrictivo y coercitivo, operando no sólo a través del sistema legislativo, sino también del judicial y policial, y, desde luego, también desde la sanción social.

Este modelo ha sido denominado por algunos autores como “represivo”, por cuanto representa una perspectiva de lo jurídico orientada hacia la represión y el castigo, denotando una vocación moralizante (Vega, 1992).

3. EL MODELO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO.

Este modelo incide, prioritariamente, en el análisis de la oferta y la disponibilidad de una sustancia dada en el seno de una población determinada o de la sociedad en su conjunto. Se refiere, fundamentalmente, a las drogas institucionalizadas, enfatizando la importancia de la disponibilidad del producto en el medio social como factor explicativo de su consumo. La problemática del consumo del alcohol y otras drogas puede ser comprendida aludiendo a la mayor o menor facilidad de acceso a ellas que tengan los ciudadanos. Analiza este hecho sin entrar en el estudio de los determinantes personales o de determinantes sociales que pudieran contribuir al consumo de tóxicos: su interés radica más en analizar la oferta que la demanda. La principal aportación de este modelo es analizar las relaciones existentes entre la oferta y el consumo en un medio social dado.

Parker y Harman (1980) mencionan que el modelo de distribución del consumo se basa en las siguientes premisas:

- Las drogas institucionalizadas son causantes de gran número de enfermedades y de accidentes, que incrementan sustancialmente las cifras de morbilidad y mortalidad en las sociedades industrializadas.

- El patrón general de consumo de sustancias institucionalizadas en una sociedad dada predice la cantidad de consumidores abusivos o dependientes de las mismas: cuanto mayor es la media general de consumo, mayor será la proporción de individuos abusadores o adictos.

- El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas en la sociedad influirá sobre el número de individuos que abusan de las mismas: a menos disponibilidad, menores índices de

abuso.

– El consumo de sustancias puede verse influido por los cambios en las normas que regulan su distribución. El modelo de distribución del consumo aparece estrechamente vinculado a procedimientos de control legislativo, en el sentido de que depositará su confianza en los recursos legales como medida preventiva, en este caso, dirigidos al control de la disponibilidad de las drogas.

Se diferencia, no obstante, del modelo moralista en el mayor interés que éste tiene por las sustancias no institucionalizadas. El modelo que estamos analizando en este apartado pretendería reducir los efectos negativos de las sustancias institucionalizadas a través de la regulación del suministro de las mismas. Se aboga, en definitiva, por un conjunto de medidas legislativas tendentes a restringir la oferta y la disponibilidad de las drogas en el medio social. En un sentido más amplio, tratarían de reducir la aceptabilidad acrítica que contribuye al consumo masivo de ciertas sustancias.

Algunas de las medidas que, desde esta perspectiva, han sido propuestas para limitar el consumo han consistido en: el incremento de los precios, el control de la publicidad, el incremento de las edades de consumo legal, las restricciones en los horarios de apertura de establecimientos vinculados al consumo, las multas y sanciones a establecimientos que dispensan a menores, la sanción al consumo en lugares no habilitados o las sanciones penales para conductores ebrios (Elzo, Elorza y Laespada, 1994).

Pese a que el factor de disponibilidad es fundamental para comprender el masivo consumo de alcohol y tabaco en nuestra sociedad, la simple mención a la extensa distribución comercial de estos productos, sin mencionar otros factores psicológicos y sociales, es una explicación incompleta para comprender el consumo abusivo o adictivo en determinados individuos o grupos (Giró, 2007). Como afirman Parker y Harman (1980), para explicar las causas del consumo de sustancias no sólo hay que contemplar la disponibilidad, sino la heterogeneidad de comportamientos y factores sociales.

4. EL MODELO MÉDICO TRADICIONAL.

Considera la dependencia de drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su ingesta. Ello significa que la dependencia de drogas es considerada un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto y para entender tal fenómeno bastará apelar a la interacción entre la bioquímica humana y las características farmacológicas de las drogas. Se contempla el problema de la drogadicción como un problema médico más, como una enfermedad más, poseída por un individuo y

causada por la acción de una sustancia psicoactiva sobre los procesos internos –bioquímicos– de un individuo. Desde este punto de vista, una enfermedad es considerada como un atributo de la persona que la posee (Gil-Lacruz, 2007; Vuori, 1980).

Esta perspectiva interpretativa ha aportado numerosos avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, así como diferentes procedimientos de base médico-farmacológica que han resultado eficaces para el tratamiento de las adicciones. Pero, además, su principal novedad epistemológica se halla en la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social. Obviamente, el etiquetado del adicto como “desviado”, “vicioso” o “delincuente” es injustamente degradante, además de inapropiado como definición social y científica; por ello, esta cuestión debe incluirse entre las aportaciones relevantes de este modelo. No obstante, la misma etiqueta de “enfermo” merecerá una cierta reflexión crítica que expondremos en el párrafo siguiente.

La consideración del adicto como enfermo puede tener un efecto contrario al deseado, pues mantiene el etiquetado alienante del propio adicto, además de contribuir poco a su papel activo en el tratamiento. Las personas tienden a crearse una autoimagen muy condicionada por cómo perciben que son etiquetadas por los demás, siendo la etiqueta social del enfermo fácilmente asociable en nuestra cultura al rol de pasividad. Por otro lado, la consideración de enfermedad no está libre de valoraciones sociales. La palabra “enfermo” es susceptible de ser usada con un tono claramente despectivo en el lenguaje cotidiano y, en otras ocasiones, podrá ser una manera de estigmatizar a una persona que padece una dolencia física. Aprendemos por socialización que la relación con un enfermo puede ser desagradable, pues al fin y al cabo un enfermo es alguien “distinto”.

También cabría preguntarse qué es realmente un enfermo: ¿lo es una persona disléxica? ¿con una depresión reactiva o un trastorno de la personalidad? ¿con un brazo roto? ¿con fobia a ciertos animales? ¿un adicto a la nicotina? ¿un ciego o un sordo? –las asociaciones de ciegos y sordos reivindican ante la sociedad no ser considerados ni tratados como enfermos– ¿un profesional del baloncesto afectado de gigantismo? ¿puede considerarse como enferma a una persona homosexual? ¿o a una persona transexual?... La respuesta no puede ser simplista, y dependerá tanto de criterios socioculturales como de criterios médicos.

El modelo médico tradicional no resulta una interpretación por sí misma suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de drogas. Y ello no sólo por la anterior reflexión crítica sobre la estigmatización del adicto como enfermo, sino por otras que enumeraremos pormenorizadamente en los párrafos siguientes:

– El énfasis en las interpretaciones biologicistas e individualistas soslaya aspectos tan

importantes para el conocimiento de la conducta de consumo como son los factores sociales. Es un modelo monádico y biologicista, según el cual el problema de la adicción sólo puede entenderse y abordarse desde dentro del sujeto afectado. Aunque no se reconoce explícitamente, se considera que la toxicomanía tiene una etiología idiopática –un origen desconocido o muy poco clarificable y sólo comprensible por sí misma–, asumiéndose únicamente la posible influencia de ciertos factores genéticos, anomalías biológicas o factores psicológicos difusos, como desordenes afectivos o falta de previsión sobre las consecuencias del consumo (Gil-Lacruz, 2007; Pastor y López-Latorre, 1993). La adicción es vista como aquello que ya se ha producido.

– Apenas contempla el consumo abusivo no adictivo, sino que únicamente centra su atención en la drogodependencia. En términos generales, se interesa por el estudio del consumo de drogas como categoría patológica y no como conducta.

– Es un modelo más orientado a la patología que a la salud (Friedman, 2002). No focaliza sobre la salud como objeto final de estudio, sino que éste es la enfermedad. Por contra, la concepción contemporánea de la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende que el estudio y tratamiento de la enfermedad ha de ser una parte –muy importante, en todo caso– de un todo que es la consecución plena y global de la salud.

– Propone que la prevención –de cualquier enfermedad o dolencia– debe basarse en la divulgación entre la población de los conocimientos acumulados por la ciencia acerca de qué factores causan los problemas de salud. La propia investigación científica en el ámbito de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud ha comprobado que la información no reduce por sí misma los comportamientos insaludables (Heaven, 1996; Kramer y Cameron, 1975; Salleras, 1985; Sánchez-Vidal, 1998). El modelo médico tradicional presupone que, en función del aprecio que las personas sienten por su salud, el conocimiento de aquello que puede dañarla disuadirá de llevar a cabo ciertos comportamientos. Sin embargo, es un hecho comprobado que no todas las personas conceden a su propia salud una prioridad destacada dentro de su escala de valores. Habrá quien anteponga a la salud otros valores de constatación más inmediata, tales como la diversión, la aceptación grupal, la imagen, el riesgo, etc. Esto también dependerá de en qué momento del ciclo vital se encuentre cada individuo. En definitiva, la divulgación de la información de salud es necesaria en una sociedad libre y avanzada, pero no es suficiente a efectos preventivos. Será necesario también fomentar el aprecio a la propia salud como un valor destacado, mediante estrategias de intervención educativa, pues sólo así la información podrá tener algún efecto preventivo.

– Considera la salud como la simple ausencia de enfermedad, es decir, la salud consiste simplemente en no estar enfermo y quien tenga un problema de salud será siempre etiquetado como enfermo. Frente a esto, el concepto más actual de salud –definido por la

OMS– la entiende como algo más complejo: como un estado completo e integral de bienestar físico, psicológico y social; por lo tanto, la salud es algo más que tener o no una enfermedad. Nótese como en la terminología derivada del modelo médico tradicional se suele usar la palabra “enfermo” para referirse, por defecto, a todo aquél que acude a un profesional sanitario, incluyendo a quien acude para hacerse un chequeo de embarazo, para una intervención quirúrgica con fines exclusivamente estéticos, o para que le extraigan una pequeña astilla del ojo. Esta definición de la OMS pretende, precisamente, hacer hincapié en esta cuestión: que no todos los problemas sanitarios o de salud son enfermedades y que la salud es una experiencia integral de bienestar, superior a la simple ausencia de enfermedad.

5. EL MODELO DE REDUCCIÓN DEL DAÑO.

Es complejo definir un concepto, como el de reducción del daño, que abarca campos tan distintos como la terapéutica de las drogadicciones, el significado y rol social de las drogas o la consideración moral de su consumo. Heather, Wodak, Nadelmann y O’Hare (1993) se refieren a él como un intento de aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de “consumo responsable” emerge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa.

La reducción de daños puede ser vista como un objetivo de un programa de tratamiento –por ejemplo, los programas de mantenimiento con metadona–, pero también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. En ambos casos, uno de los puntos clave es que el consumo de drogas en cada persona concreta es aceptado como un hecho que surge de su decisión particular. El objetivo será que el consumo de drogas tenga los mínimos efectos negativos posibles para las personas y para la sociedad.

Las premisas básicas de esta perspectiva pueden resumirse así (Riley y O’Hare, 2000):

– La persona tiene derecho a consumir drogas responsablemente. A los profesionales y a la Administración les compete disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales que a la persona le puede reportar su consumo, así como reducir la incidencia negativa sobre el resto de individuos.

– El consumo de drogas en la sociedad en general es inevitable, a pesar de todos los esfuerzos que se han podido realizar para evitarlo. El consumo reporta gratificaciones para la persona, y la sociedad no tiene derecho a reprimirlo.

– El daño es lo importante, no el consumo en sí mismo.

– El ejercicio de las actividades terapéuticas se hace más fácil y menos costoso, pues se interviene para reducir el daño y no para dar un tratamiento que modifique el comportamiento, el carácter o las actitudes de la persona.

– No se rechaza la abstinencia como meta para quien la desee o le convenga. Lo que ocurre es que la intensidad de la intervención se dirigirá hacia la protección a corto plazo para la comunidad –del eventual riesgo producido por el consumidor– y para el propio consumidor.

Las intervenciones propuestas para la reducción del daño incluyen la puesta en marcha de acciones diversas, tales como las siguientes:

– Programas basados en la dispensación de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a heroína, con la finalidad de evitar el consumo adulterado de esta droga obtenida en el mercado negro y reducir la incidencia del riesgo de contagio vírico.

– Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles a los consumidores de drogas por vía parenteral.

– Disposición de “áreas de tolerancia”, lugares específicamente habilitados para que los consumidores puedan obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención médica.

– Programas educativos basados en la reducción de daños. Se trata de materiales y estrategias educativas que informan a los jóvenes sobre los riesgos asociados al uso recreativo de drogas y cómo reducirlos. Se incide en el conocimiento exhaustivo de las características y los efectos de las drogas de uso más común.

– Trabajo de calle dirigido a contactar con jóvenes consumidores para informarles acerca de las características de los productos que consumen. Se analizan químicamente las sustancias y se distribuye material informativo.

– Demanda de la legalidad controlada de ciertas sustancias no institucionalizadas –especialmente, cannábicos– con la finalidad de eliminar los problemas de criminalidad asociados tanto a la demanda como a la oferta.

La vocación descriminalizadora del consumidor de sustancias no institucionalizadas debe verse como una aportación, al menos, bienintencionada de este modelo interpretativo. De la misma manera debe considerarse la reducción de riesgos inherente a los programas de mantenimiento con metadona o de dispensación de jeringuillas y medios profilácticos. No

obstante, creemos necesario señalar algunas reflexiones críticas al respecto:

– La dispensación de metadona y otras sustancias sustitutivas es una manera de intercambiar la adicción a heroína adulterada por otra adicción médicamente controlada.

– Las drogas no pierden su capacidad tóxica por el hecho de que su consumo reciba la calificación social de “responsable”. Ha sido señalado anteriormente el hecho comprobado de que la información objetiva es una variable carente de poder suficiente para reducir la probabilidad de consumo abusivo.

– También ha sido mencionado que las drogas institucionalizadas, pese a su estatus legal, son causa de morbilidad y mortalidad en mayor medida que las sustancias ilegales, pues el factor de disponibilidad social incrementa la probabilidad de consumo.

Por otra parte, aunque esta interpretación reductora de daños coincida con las reivindicaciones de algunos sectores progresistas, es señalable que, en su filosofía de fondo, este modelo coincide con los principios neoliberales de no intervencionismo, individualismo, reducción de gastos públicos y liberalización mercantil. Del mismo modo, la consideración fatalista del consumo de drogas como un hecho inevitable recuerda también a la ética neoliberal, en el sentido de aceptar las desigualdades como un hecho inevitable y connatural a la dinámica social y a la libertad de cada individuo para elegir su propio destino.¹

6. EL MODELO DE LA PRIVACIÓN SOCIAL.

Atiende fundamentalmente a las condiciones socioeconómicas en que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Sin embargo, lo económico es contemplado de manera limitada, priorizando la relación del consumo de drogas con las clases sociales más deprimidas. De esta manera se sugiere que factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades, que pueden aparecer como producto de la sociedad urbana industrializada, se convierten en terreno abonado para la aparición del fenómeno del consumo de drogas.

¹ En relación con lo anterior –aunque no totalmente adscribible al modelo de reducción del daño–, el pensamiento radicalmente liberal de la filósofa estadounidense Ayn Rand menciona que el consumo de drogas es una decisión personal sobre la cual los poderes públicos no deben intervenir. Rechaza la misma existencia de la prevención y postula la legalización del comercio libre de drogas regulado sólo por el mercado. La adicción es vista como una expresión de debilidad personal, pero sólo atribuible a las propias decisiones individuales. Postula la total libertad a la hora de producir, distribuir, comercializar y consumir cualquier tipo de droga entre adultos, así como que estas operaciones estén exentas de regulación por parte de los poderes públicos. En realidad, el pensamiento randiano rechaza cualquier intervención pública en la economía y la vida social, con la única excepción de salvaguardar el derecho a la propiedad privada, el libre mercado y la libertad individual (Burns, 2004).

Autores como Faupel (1988) hablan de una cultura de las drogas definida en términos de separación y aislamiento con respecto a las normas y comportamientos sociales convencionales. El consumo de drogas se convierte, en el seno de determinados grupos, en un símbolo visible de identidad e identificación, así como en la manifestación del rechazo al modo de vida dominante, lo cual constituye un modo de transgresión voluntaria de la normativa convencional.

Por su parte, otros autores como Ventosa (1990) han señalado que el alcohol y otras drogas actúan como objetos sustitutivos de la satisfacción de necesidades sociales y económicas, como liberadores de la tensión provocada por no encontrar en la sociedad la manera y el lugar de solventar los deseos personales insatisfechos. Las drogas permiten, a través de sus efectos psicoactivos, bien una evasión de la realidad frustrante, bien un medio de obtener gratificaciones que suplan, al menos transitoriamente, la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración.

La relación drogas-privación se puede explicar, pues, tanto por el significado social transgresor como por la experiencia psicoactiva ansiolítica y liberadora de gratificaciones corporales y psicológicas.

Las condiciones de vida de los individuos involucran aspectos económicos, laborales y materiales, así como los valores y normas grupales y las propiedades relacionales del entorno. Pero también involucran las oportunidades de obtener gratificaciones en la vida social y la posibilidad de satisfacer derechos básicos. Por todo ello, las oportunidades están socialmente condicionadas por la estructura social objetiva (Cockerham, Abel y Lüschen, 1993).

Desde esta perspectiva interpretativa se proponen medidas tendentes a reducir o eliminar los factores ambientales que puedan favorecer el consumo abusivo de sustancias o la toxicomanía. Esto supondría la reducción de tensiones sociales y económicas y de las condiciones causantes de frustración y falta de oportunidades para los individuos y los grupos, así como la promoción de condiciones que faciliten la igualdad y bienestar social para todos los sectores sociales.

Este modelo reduce la problemática de las drogas a una causalidad esencialmente económica y la misma perspectiva económica la reduce a una relación pobreza-drogas, al tiempo que estigmatiza a las clases más deprimidas como consumidoras de drogas (Ramírez, 1991). Por contra, ha sido comprobado con muestras españolas que el consumo de sustancias no presenta una mayor incidencia en las comunidades vecinales con más problemas económicos (Pons, Pinazo y Carreras, 2002), así como que, entre los adolescentes, el consumo de bebidas alcohólicas aumenta en los grupos con un nivel adquisitivo alto (Pons y Berjano, 1999). Con muestras mexicanas de población urbana ha sido hallado recientemente

que el consumo de alcohol y el consumo extramédico de fármacos ansiolíticos es menor en personas de nivel socioeducativo bajo, aunque en estos segmentos sociales hay un mayor número de consumidores abusivos de alcohol y de consumidores de marihuana (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora, 2007; Medina-Mora, Villatoro, Cravioto y Fleiz, 2004). De estos datos puede deducirse que la relación entre pobreza y drogas no es unívoca ni necesaria. En todo caso, la eliminación de factores que dificulten el bienestar social para todos los sectores poblacionales debería ser un objetivo social básico, con independencia de su incidencia específica sobre la conducta de consumo de drogas.

7. EL MODELO LOS FACTORES SOCIOESTRUCTURALES.

Entiende que el consumo de drogas forma parte del estilo de vida de una persona, y éste, a su vez, está íntimamente ligado y vinculado al estilo de vida de sus grupos de referencia. Los estilos de vida saludable suponen unas elecciones personales, aunque condicionadas por unas determinadas condiciones socioestructurales ligadas al estilo de vida del grupo social, es decir, vinculadas a un tipo de estilo de vida colectivo (Abel, 1991; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). Así, el consumo de diferentes drogas variará en grupos sociales distintos en función del sexo, la edad, la profesión, el nivel educativo, el lugar de residencia o de procedencia, el momento histórico,... Partiendo de estas premisas, se realizarán descripciones pormenorizadas del consumo de diversas drogas en distintos grupos sociales, en función de los mencionados factores socioestructurales.

Las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el rol que deben desempeñar los individuos, así como los patrones o pautas de comportamiento a los que deben ajustarse. Considerar a la persona desde esta perspectiva, es decir, en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de referencia, implica vincularla a su entorno y a la realidad social en que vive y desarrolla su actividad (Pastor y López-Latorre, 1993).

Las presiones hacia la conformidad grupal actúan como elemento que sustenta formas de conducta y de pensamiento –actitudes–. El compromiso con el grupo de referencia supone la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer unas determinadas expectativas de los demás (Van Avermaet, 1992).

La interpretación socioestructural aporta una visión de profundidad a la problemática de las drogas, ya que toma en consideración la vinculación de la conducta de consumo a factores supraindividuales y, por otra parte, no sólo de índole económica. En términos generales, podemos contemplar las bondades de esta aportación en los siguientes hechos (Pons, 2006):

– La consideración de factores que van más allá de los rasgos individuales como explicativos del consumo de drogas.

– La concepción del ser humano como un ser social, sometido a determinadas influencias de su ambiente sociocultural.

– La descripción de las diferentes pautas de consumo de diferentes sustancias en diferentes sociedades y grupos sociales a partir de los métodos de investigación que aportan las ciencias sociales.

– La visión de la problemática de las drogas como un fenómeno social y grupal y no sólo como un problema individual.

No obstante lo anterior, esta interpretación soslaya los factores psicológicos que pueden dar cuenta de la conducta de consumo y que pueden explicar por qué dentro de un mismo grupo socioestructural todos los individuos no presentan la misma probabilidad de consumir o de hacerlo con la misma intensidad. Del mismo modo, su interpretación alude más a la descripción de pautas de ocurrencia en una determinada sociedad o en unos determinados grupos sociales, que a la profundización de las causas del consumo de drogas. Es, por tanto, un punto de vista que presenta una vocación más descriptiva que interventora.

8. EL MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Desde esta perspectiva se contempla el consumo de drogas como un problema que afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas y que puede ser reducido mediante procedimientos educativos. Green (1984) explica que la educación para la salud es la disciplina que se encarga de transmitir conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y sobre aquéllos otros que, por el contrario, favorecen y protegen la salud.

Coincide con el modelo médico tradicional en la confianza depositada en la transmisión de información a la sociedad, como una estrategia reductora de la incidencia del consumo de sustancias. No obstante, enfatiza más los aspectos educativos y comunicativos implicados en este proceso de transmisión de información, y no plantea una simple divulgación de información. Es, además, un planteamiento más orientado a la intervención que a la descripción o a la conceptualización, así como más orientado a la salud integral que a la patología.

Las intervenciones educativas e informativas se dirigen a cuatro ámbitos:

– El ámbito educativo propiamente dicho. En los centros educativos para niños y adolescentes son los profesores –y otros profesionales de la educación– quienes asumen la responsabilidad de educar a los alumnos en la protección de la salud.

– El ámbito mediático. Campañas en los medios de comunicación de masas dirigidas a destacar los riesgos asociados al consumo de sustancias.

– El ámbito comunitario. Incluye actuaciones en servicios sociales y comunitarios, puntos de información, programas con educadores de calle o centros juveniles, entre otros.

– El ámbito sanitario. En los centros sanitarios la responsabilidad de transmitir conocimiento sobre la salud corresponde a los profesionales sanitarios.

Como ha sido apuntado más arriba, se pone especial interés en la capacidad persuasiva del mensaje educativo o comunicativo, en la metodología comunicativa y pedagógica utilizada y, en general, en la calidad del proceso de transmisión de información dirigida a modificar las intenciones conductuales de las personas.

Siguiendo a Pastor, Balaguer y García-Merita (1999), se pueden distinguir tres tipos de estrategias de intervención en el modelo de educación para la salud:

– Mensajes inductores de miedo. Se trata de comunicaciones persuasivas que pretenden motivar a sus receptores a cambiar la conducta perjudicial a través de la inducción de miedo. Las apelaciones emocionales a los riesgos que comporta el consumo de drogas son utilizadas como técnica persuasiva, con la finalidad de disuadir de su consumo.

– Mensajes informativos objetivos. En este caso se utiliza información sobre las drogas, con la finalidad de que los individuos receptores conozcan con rigor las consecuencias que se pueden derivar de su consumo. Son mensajes con una intención más objetiva que los llamamientos al miedo. Se busca adaptar el lenguaje comunicativo utilizado a las características del público receptor, para que el mensaje aumente su capacidad persuasiva.

– Procedimientos de modificación de conducta. Se usan en la relación directa entre el profesional sanitario –médico, psicólogo clínico,...– y la persona consumidora o potencialmente consumidora. El objetivo es reforzar los comportamientos saludables y modificar ciertas creencias del individuo que le pudieran orientar a consumir sustancias.

En cuanto a los llamamientos al miedo, cabe decir que su incidencia sobre el comportamiento humano no estriba tanto en la intensidad aversiva contenida en el mensaje persuasivo, como en el temor real que suscita en el receptor. Los mensajes capaces de provocar más temor –y, por tanto, una mayor motivación al cambio actitudinal– son los que

incluyen una intensidad moderada de información aversiva, pues los muy intensos son percibidos por el receptor como poco realistas y los escasamente intensos no llegan a suscitar el deseado temor (Pons, 2006).

9. EL MODELO PSICOLÓGICO INDIVIDUALISTA.

Pone su énfasis en el individuo, contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose ser aplicados a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento (Nowlis, 1982). La conducta de consumo de drogas no puede interpretarse, desde este modelo, sin estudiar los rasgos de personalidad, las necesidades de la persona, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta o los estilos de relación social del individuo consumidor.

Desde esta interpretación se toma en consideración la idea de predisposición psicológica hacia el cuidado de la salud. La disposición de una persona para llevar a cabo determinadas conductas relacionadas con su salud estará condicionada por factores psicológicos tales como la evaluación de costos y beneficios de la acción a desarrollar, la percepción particular sobre la severidad de las consecuencias de tales conductas o la vulnerabilidad subjetiva, es decir, la probabilidad percibida de padecer una determinada enfermedad o dolencia (Becker, Radius, Kirsht, Haefner y Drachman, 1977). Los estilos de vida promotores de la salud son conceptualizados como un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y de percepciones que permiten a cada individuo mantener su desarrollo personal de la manera particular que ese individuo considera deseable (Pender, 1987).

A partir de lo anterior, podemos enumerar una serie de principios que ayuden a comprender mejor el problema del consumo de drogas desde la interpretación psicoindividualista (Pons y Berjano, 1999):

- El consumo de sustancias satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica o social, y la dificultad en la persona para satisfacer estas necesidades por otros medios explica la dependencia psicológica.

- Determinadas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo y de adicción, tales como rasgos de personalidad, estructura motivacional –jerarquía de valores mantenida por el individuo– o actitudes hacia las drogas –lo que piensa o espera de ellas–.

– Si el consumo de drogas es un comportamiento humano más, podrá ser comprendido a través de la aplicación de los mismos principios que rigen la conducta humana en general, y podrán ser utilizados, a tal fin, los conocimientos acumulados por la investigación en las ciencias del comportamiento.

– La información por sí sola no influye necesariamente sobre el comportamiento, por lo tanto, la difusión de información no será una estrategia preventiva suficiente. La prevención debe basarse en el individuo en su conjunto, en promover su desarrollo personal, la satisfacción de sus necesidades, su equilibrio y su madurez.

– El consumo de drogas varía sus pautas entre individuos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo, por lo que no se reduce únicamente a un problema de adicción. Desde esta perspectiva se estudia la conducta de consumo de drogas y no exclusivamente la adicción.

Las variables psicológicas que actúan como factores predisponentes son consideradas como factores de riesgo. Un factor de riesgo del consumo de drogas es una variable cuya presencia en un individuo incrementa la probabilidad de consumo en esa persona. De este modo, podrá conocerse qué características de personalidad hacen más probable el consumo, así como qué disposiciones motivacionales o qué expectativas sobre las drogas lo hacen. La comprensión de los factores de riesgo permite contemplar el problema asociándolo a sus antecedentes más probables, articulándose, de este modo, explicaciones causales en torno a la predisposición psicológica al consumo abusivo o adictivo (Bell, Forthum y Sun, 2000; Jessor, 1991).

Aun sin desdeñar el valor de las aportaciones del modelo psicoindividualista, es preciso señalar que esta interpretación no resulta del todo suficiente para explicar, en su completa extensión, la problemática del consumo de drogas. Analizaremos brevemente las dos principales críticas teóricas que pueden contemplarse:

– Se trata de un modelo monádico, que contempla al individuo en su integridad psicológica, pero que olvida el estudio exhaustivo de las influencias sociales y culturales que condicionan la conducta. No toma en consideración suficientemente los factores y condicionantes supraindividuales que explican por qué una persona es lo que es y hace lo que hace. Es, por tanto, una interpretación teórica incompleta. La interpretación psicoindividualista comprime los límites dentro de los cuales se desarrolla el individuo, reduciendo la importancia de lo social (Musitu, 1998). Será muy difícil comprender lo que los individuos llegan a ser en cualquier ámbito de su existencia, sin hacer referencia al armazón social, cultural e histórico bajo el cual se organizan y toman forma los entornos de su vida cotidiana.

– Al definir las características psicológicas más probables de encontrar en una persona adicta, se nos presenta el perfil de un individuo con importantes problemas de adaptación socioemocional: inmadurez emocional, inestabilidad, dificultades en la formación de la autoestima (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1988; Kessel y Walton, 1989). Estos rasgos caracterológicos son revelados por la investigación rigurosa y, por tanto, nos informan realísticamente de aquello que suele hallarse al analizar la personalidad de una persona adicta. Sin embargo, el excesivo énfasis en el rasgo individual puede acarrear el riesgo de perder de vista la influencia de lo social, presentándonos así el perfil de un sujeto emocionalmente inmaduro, inestable o con dificultades de adaptación social –es decir, estigmatizando al adicto como portador de desordenes psicológicos–, olvidando que existen numerosas presiones sociales que pudieron llevar a ese individuo a iniciar y mantener su consumo de sustancias (Freixa, 1993).

10. EL MODELO SOCIOECOLÓGICO.

Su punto de partida se halla en la idea de que las actuaciones humanas dependen, en gran medida, de contextos más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades dinámicas de los entornos en los que vive; este proceso de acomodación no sólo se ve afectado por las relaciones entre la persona y sus entornos, sino también por las relaciones que se establecen entre esos entornos entre sí y por los contextos más amplios en los que están inmersos (Bronfenbrenner, 1979). Desde esta perspectiva, la salud no puede definirse en el individuo per se, sino por referencia a su entorno total –físico, social, económico, cultural,...–. En este sentido, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con el campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla su conducta (Sánchez-Vidal, 1998). Así, el estilo de vida saludable de una persona estará definido por una serie de factores interrelacionados entre sí, tales como: características individuales, características del entorno microsocioal inmediato –familia, amigos, trabajo, comunidad,...– factores macrosociales –sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación,...– y el medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de los individuos.

Este modelo se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema conductual y el sistema ambiental. Al hablar de ambiente no sólo se contemplan los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones que de aquél tienen las personas, es decir, el sentido y significado que el ambiente adquiere para las personas que interaccionan en él y con él. Así, serán tomados en consideración tanto aspectos físicos, biológicos y psicológicos como sociales, etnoculturales, económicos y políticos. Por lo tanto, si se pretende comprender el

complejo mecanismo del consumo de drogas, será necesario implicar dentro de este proceso las características personales del consumidor y las múltiples características socioambientales que le rodean.

La explicación socioecológica pretende superar las insuficiencias y limitaciones de los otros modelos, al tiempo que recoger e integrar las aportaciones relevantes de ellos. El modelo socioecológico redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno integral y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico,... y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos.

No obstante, la explicación socioecológica no debería ser tomada como una especie de “cajón de sastre” en el que cabe todo aquello que tiene diferente ubicación en los diferentes modelos interpretativos. La explicación socioecológica tiene sentido por sí misma, por cuanto contempla a los consumidores y a los factores no de forma aislada, sino integrados dentro de una estructura ambiental más amplia que les otorga sentido, y de la que, a su vez, son creadores.

El consumo de drogas es explicado desde la interacción de tres constelaciones de factores explicativos: a) la droga: los efectos psicoactivos y el significado social de la droga; b) la persona: las características psicológicas y orgánicas del sujeto consumidor; c) el ambiente: las características de los contextos en que se encuentra integrado ese sujeto a lo largo de su ciclo vital (Berjano y Musitu, 1987). Será fundamental el concepto de interacción entre los tres factores mencionados, pues éstos no deberán ser contemplados de manera aislada, sino interrelacionados, es decir, influyéndose mutuamente, repercutiendo unos sobre otros. A modo de ejemplos: las características de la persona están influidas por su ambiente, el cual también influirá en la definición del significado social de la droga; los efectos psicoactivos motivarán al consumo de una sustancia según cuáles sean las características y necesidades de la persona y del ambiente inmediato.

Lo anterior sugiere la actuación de factores de riesgo, entendidos como variables predisponentes, concepto ya explicado anteriormente al exponer el modelo psicoindividualista. Desde la perspectiva socioecológica el factor de riesgo se amplía, necesariamente, a lo microsocio y macrosocio. Los factores de riesgo no sólo hay que buscarlos en la persona, sino también en sus entornos. Además de esto, el factor de riesgo no se contempla aisladamente, sino interrelacionado, como formando constelaciones de fuerzas que influyen conjunta e interrelacionadamente sobre la conducta de un individuo (Pérez de Arróspide, 1998). Así, pueden aparecer factores de riesgo que, a su vez, mantienen una relación causal con otro de su misma especie. Lo ilustraremos con un ejemplo: las

expectativas de recompensa que aumentan la probabilidad de iniciar el consumo de bebidas alcohólicas pueden construirse a partir de las experiencias socializadoras del individuo en su familia y/o de significados recogidos en los medios de comunicación; de este modo, la conducta final puede ser explicada no sólo por factores de la persona, sino también por factores sociales condicionantes de lo individual.

Podemos referirnos al modelo etiológico del consumo de drogas propuesto por Edwards, Arif y Hodgson (1982). El consumo de drogas se conceptualiza como una conducta que resulta de un complejo campo de fuerzas en el que se integran las características de la persona y las de sus ambientes. Se diferencian factores sociales y factores individuales, los cuales, a su vez, podrán operar como antecedentes previos o como antecedentes inmediatos. De este modo, estos autores proponen que el consumo de drogas encontrará los siguientes factores etiológicos:

– Factores sociales:

- Antecedentes previos: interacción con el grupo, interacción familiar y uso de drogas en la familia.
- Antecedentes inmediatos: normas sociales del grupo, disponibilidad de la droga y variables demográficas.

– Factores individuales:

- Antecedentes previos: experiencia precoz con drogas, desarrollo psicológico y rasgos de personalidad.
- Antecedentes inmediatos: estados de ánimo susceptibles de ser modificados por el efecto psicoactivo de una droga.

Puede ilustrarse la explicación socioecológica del consumo de sustancias aludiendo a las variables que la investigación debería tomar en cuenta para llegar a una comprensión completa del mismo (Asún y Alvarado, 1991; Ramírez, 1991). En la Tabla 1 se expone esta explicación, entendiéndose los factores desde relaciones de interacción y repercusión mutua.

Tabla 1

Modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación socioecológica.

A) Características personales:

- Edad y sexo.
- Rasgos de personalidad.
- Estado emocional.
- Valores y disposiciones motivacionales.
- Actitudes y expectativas hacia el uso de la droga.
- Estilo de vida y de relación social.
- Uso de otras sustancias.

B) Características de la droga:

- Tipo de droga consumida.
- Efectos psicoactivos.
- Efectos reforzadores derivados de su consumo.
- Dosis ingerida.
- Tiempo de consumo.
- Forma de ingesta.
- Dependencia y tolerancia.

C) Características del medio microsocioal:

- Socialización familiar.
- Consumo de drogas en los miembros de la familia.
- Historia de relaciones familiares.
- Relaciones con el grupo de iguales.
- Consumo de sustancias en el grupo.
- Actitudes hacia las drogas en la familia y en el grupo.
- Significado social de la droga en el grupo.

D) Características del medio macrosocioal:

- Características del entorno social y cultural.
- Tipo de presencia e imagen de las drogas en los medios de comunicación.
- Disponibilidad de la droga.
- Publicidad de drogas institucionalizadas.
- Valores sociales imperantes.
- Interpretaciones colectivas y representaciones sociales.
- Aceptación de la droga en el medio social y situación legal.
- Presencia de la droga en las actividades sociales de la cultura de referencia.
- Oferta y tipos de actividades de ocio disponibles.
- Factores económicos y políticos.

La conducta de consumo de drogas aparece, desde esta perspectiva, como el producto de un complejo campo de fuerzas. El modelo socioecológico pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social y cultural, y atiende al problema de las drogas como un fenómeno multidimensional, posibilitando buscar y descubrir nuevas alternativas de intervención que permitan reducirlo y controlarlo, atacando sus causas en diferentes niveles de profundidad. En este sentido, el fenómeno del consumo de drogas se redimensiona como problema social.

En todo caso, el modelo socioecológico no propone una explicación basada en un determinismo contextualista según el cual el individuo fuera una simple copia de su ambiente o un simple efecto pasivo de lo que ocurre a su alrededor. Al contrario, se parte siempre de la noción de las personas como sujetos activos en la definición de sus conductas –aun recibiendo

las influencias del medio sociocultural—. Al fin y al cabo, la sociedad, los grupos sociales y la cultura son individuos en acción y en relación, lo cual nos lleva a pensar que, así como lo social repercute notablemente sobre lo individual, las personas y su actividad son las que crean y definen la sociedad.

La prevención dentro de este modelo es asumida integralmente, dirigiéndose la acción interventora a las causas del problema y no sólo a sus manifestaciones. La intervención se conceptualiza desde la prevención primaria, entendida como una tentativa científica dirigida a conocer los factores posibilitadores de un problema social —factores de riesgo— y a tratar de reducir su probabilidad de aparición. Es decir, la prevención primaria se contempla como una acción anticipadora a los factores de riesgo, para reducir su aparición y, de este modo, reducir la incidencia de la conducta desajustada. Las actuaciones preventivas tendrán las siguientes características:

- Se actúa sobre el factor de riesgo, intentando encontrarlo en los mayores niveles de profundidad posible. De este modo, si, por ejemplo, la investigación determina que ciertos rasgos de personalidad aumentan la probabilidad de consumo precoz en un menor o de desarrollo de la conducta adictiva en un adulto, habrá que buscar qué condiciones ambientales operan, a su vez, como antecedentes etiológicos de esos rasgos —experiencias de socialización familiar desde la infancia,...—, con el objetivo de intervenir sobre tales condiciones para orientarlas en la dirección adecuada.

- Se consideran las experiencias socializadoras de los sujetos como vectores de fuerza que condicionan su comportamiento social. Se tratará de intervenir sobre estos vectores, más que sobre las intenciones conductuales del potencial consumidor de drogas.

- Las intervenciones preventivas comienzan desde la infancia, pues el concepto de prevención primaria se convierte en inespecífico, orientado al desarrollo integral del individuo y no únicamente a la evitación de una conducta concreta.

En este contexto metodológico y teórico, se han propuesto acciones de intervención en el ámbito de lo social y de lo educativo, entre las que destacamos las siguientes, como una muestra representativa de las propuestas que ofrece la perspectiva socioecológica. Este tipo de acciones tienen como denominador común la búsqueda de la causa, más que la intervención directa sobre la intención conductual:

- Aportar a los progenitores los recursos y competencias necesarias para que las estrategias de socialización a las que someten a sus hijos se orienten hacia el fomento de factores de protección y la evitación de factores de riesgo. Un modelo representativo de trabajo es el de las escuelas de padres y madres, una instancia educativa donde los

progenitores con hijos pequeños aprenden estrategias basadas en los conocimientos de las ciencias de la conducta y de la educación, con la finalidad de adquirir competencias y recursos suficientes para educar a sus hijos (Pinazo, 1993).

– Proponer a la sociedad en su conjunto un análisis crítico –aunque pausado, objetivo y no moralizante– de los usos y costumbres que legitiman el consumo de sustancias institucionalizadas. El comportamiento humano no es ajeno a las influencias de factores macrosociales que definen las características históricas, políticas y etnográficas de una sociedad. Los comportamientos cotidianos se asientan, no sólo en decisiones individuales e influencias microsociales, sino también en estos otros factores de amplio alcance. Por ello, no puede desdeñarse el conocimiento amplio de los condicionantes que llevan a una actitud acrítica ante las drogas de uso común, que, por otra parte, son las que facilitan el aprendizaje en el consumo de sustancias (Melero, 1993).

– Fomentar una cultura de la utilización racional del ocio y del tiempo libre. Se desarrollan programas de intervención comunitaria orientados a la creación de posibilidades de ocio nocturno dirigidas a adolescentes y jóvenes, que ofrezcan alternativas al ocio basado en el mercantilismo y en el consumo de sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, 899-908.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asún, D. y Alvarado, R. (1991). Aspectos médicos y sociales del consumo de drogas. En D. Asún, J. Alfaro, R. Alvarado y G. Morales (Eds.), *Drogas, juventud y exclusión social*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Becker, M., Radius, S.M., Kirsht, J.P., Haefner, D.P. y Drachman, R.H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, 348-366.
- Bell, N., Forthum, L.F. y Sun, S. (2000). Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behaviour. *Substance Use and Misuse*, 35, 177-206.
- Berjano, E. y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.
- Breen, L. y Arnold, J. (1998). Agents for health promotion. En G. Sherri y J. Arnold (Eds.), *Health promotion handbook*. San Luis: Mosby.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burns, J. (2004). Godless capitalism: Ayn Rand and the conservative movement. *Modern Intellectual History*, 1, 359-385.

- Cockerham, W., Abel, T. y Lütschen, G. (1993). Max Weber, formal rationality and health lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 34, 413-425.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1982). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A shortened version of a World Health Organization memorandum. *British Journal of Addictions*, 77, 3-20.
- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R. y Yeager, R.J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Nueva York: Pergamon.
- Elzo, J., Elorza, M.A. y Laespada, M.T. (1994). *Alcoholismo juvenil*. Bilbao: Deustuko Unibertsitatea.
- Erben, R., Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*, 35, 359-365.
- Faupel, C. (1988). Heroin use, crime and employment status. *Journal of Drug Issues*, 18, 467-479.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana: Un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30, 63-73.
- Freixa, F. (1993). *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.
- Friedman, H. (2002). *Health psychology*. Upper Saddle River: Pearson.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes: Ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Green, L. (1984). Health education models. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd y N.E. Miller (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. y O'Hare, P. (1993). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. Londres: Whurr.
- Heaven, P. (1996). *Adolescent health: The role of individual differences*. Londres: Routledge.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Kessel, N. y Walton, H. (1989). *Alcoholism. A reappraisal: Its causes, problems and treatment*. Londres: Penguin Books.
- Kramer, J. y Cameron, D.C. (1975). *Manual on drug dependence*. Ginebra: World Health Organization.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Cravioto, P. y Fleiz, C. (2004). Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. En *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. México: Conadic.
- Melero, J.C. (1993). El uso inadecuado de alcohol como prioridad preventiva. *Psiquis*, 14, 203-210.
- Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva ecológica. *Informació Psicològica*, 66, 4-9.
- Nowlis, H. (1982). *Drugs demystified*. París: Unesco.
- Parker, D. y Harman, M.S. (1980). A critique of the distribution of consumption model of prevention. En T. Harford, D. Parker y L. Light (Eds.), *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism*. Washington: U.S. Superintendent of Documents.

- Pastor, J.C. y López-Latorre, M.J. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación. *Anales de Psicología*, 9, 19-30.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1999). *Estilo de vida y salud*. Valencia: Albatros.
- Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Pérez de Arróspide, J. (1998). Drogodependencias: La prevención desde y con la familia. En J.A. García-Rodríguez y C. López-Sánchez (Eds.), *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Pinazo, S. (1993). *Propuesta para un programa de prevención del consumo de drogas en niños en edad escolar dirigido a los padres*. Tesis doctoral, Universitat de València.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J., Pinazo, S. y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18, 77-93.
- Pons, X. (2006). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Ramírez, B. (1991). *La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global*. Caracas: Monte Ávila.
- Riley, D. y O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition and practice. En J. Inciardi y L. Harrison (Eds.), *Harm reduction: National and international perspectives*. Londres: Sage.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez-Vidal, A. (1998). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Editorial EUB.
- Van Avermaet, E. (1992). Influencia social en los grupos. En M. Hewstone y W. Stroebe (Eds.), *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Ariel.
- Vega, A. (1992). Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 221-232.
- Ventosa, L. (1990). *Delinqüència i dissocialitat*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Vuori, H. (1980). The medical model and the objectives in health education. *International Journal of Health Education*, 23, 17-25.
- World Health Organization (2000). *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: Regional Office of the WHO.