



Fundamentos de la conducta adictiva

0. INTRODUCCIÓN

Antes de entrar de lleno en las teorías y modelos que explican la adicción nos gustaría empezar repasando qué se entiende por adicción tal y como vimos en la asignatura anterior. La adicción hace referencia a la necesidad compulsiva de consumir una sustancia psicótropa.

Poco a poco, la sustancia va invadiendo todas las esferas de la vida de la persona, hasta que llega un punto en el que la vida del individuo gira en torno a la droga. Un adicto solo piensa en cómo obtener y consumir la droga y en cómo va a recuperarse de sus efectos. Como vimos, a la vez que aumenta la focalización en la sustancia disminuye el interés por actividades, experiencias o placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida de la persona adicta.

Así, la familia, el trabajo, las aficiones o los amigos quedan relegadas a un segundo o tercer plano en la vida del adicto, que solo tiene tiempo para todo aquello que tenga que ver con la droga.

Y esta obsesión por la sustancia se produce a pesar de las consecuencias extraordinariamente desagradables y negativas que la persona experimenta al consumir la droga. La ruptura familiar, la pérdida del trabajo, el deterioro progresivo de las amistades y la ausencia de relaciones sociales “no parecen importar” al individuo cuando está afectado por la adicción. Además, la salud física y mental de la persona consumidora sufre graves consecuencias por el consumo sostenido.

Durante muchos años, todos estos cambios comportamentales se han explicado por defectos en el carácter de las personas adictas, por su condición de viciosos u otras barbaridades similares. No obstante, hoy sabemos que las sustancias de abuso producen una serie de cambios en el cerebro que provocan

que el individuo adicto pierda el control sobre su conducta de consumo, incluso cuando experimenta las consecuencias tan terribles y dañinas de la droga.

En los últimos 20 años se ha demostrado como las drogas cambian el cerebro de las personas adictas de forma compleja y persistente. Y estos cambios en áreas cerebrales clave para la conducta adaptativa, son los responsables de determinados comportamientos que caracterizan a las personas con un trastorno adictivo.

A largo de esta asignatura vamos a estudiar algunas de las teorías que explican el comportamiento adictivo, así como los factores implicados en el desarrollo de una adicción. Por último, dedicaremos un último tema a introducir unas pequeñas nociones sobre la prevención de las drogodependencias.

1. SUSTRATO NEUROBIOLÓGICO DE LA ADICCIÓN

Es importante iniciar este apartado haciendo una distinción que va a resultar fundamental para entender el proceso adictivo. Debemos distinguir el placer que produce el consumo de drogas (liking), de los efectos que las sustancias producen en la valoración motivacional o deseo del individuo por consumir (wanting). Conforme avanza el proceso adictivo se reduce el liking de manera proporcional al aumento del wanting. Es decir, al individuo cada vez le gusta menos la droga y los efectos asociados a ella, pero cada vez que consume su deseo por ella aumenta, es decir, su necesidad de consumo es mayor ya que la valoración que hace el sujeto de esa sustancia es muy alta. Esto explica por qué persiste el consumo de drogas a pesar de la pérdida de los efectos placenteros que produce.

Modelo clásico de la adicción. Modelo de alostasis - estrés.

Este modelo, propuesto por Koob y Le Moal (2001, 2008) explica la adicción como resultado de un cambio en el control de la conducta motivada. Al principio el consumo de una droga se realiza por el reforzamiento positivo que esta produce, es decir, el individuo consume porque experimenta placer cada vez que lo hace. Conforme el consumo aumenta y se hace más intenso en el tiempo, estos efectos reforzantes positivos por el consumo de la sustancia dejan de experimentarse, y esta sensación da paso a un estado de estrés y malestar que solo se elimina consumiendo más sustancia (alostasis). Es decir, el consumo

deja de producirse por los efectos placenteros que produce y ahora el individuo consume para eliminar el malestar asociado a la ausencia de droga y al síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo).

Este proceso está controlado por dos mecanismos:

- **Pérdida de sensibilidad del sistema de recompensa.** El sistema de recompensa cerebral que se activa ante las cosas y actividades que nos producen placer (un concierto, nuestra comida favorita o el sexo), se ve modificado por el consumo prolongado de drogas. Así, en una persona con adicción, la droga incrementa los umbrales de estimulación necesarios para producir placer y cada vez se necesita más cantidad de droga para alcanzar el estado de bienestar buscado y cada vez se disfruta menos del resto de actividades. Llega un momento en el que la droga deja de producir placer y solo se consume para alcanzar el estado de alostasis del que hemos hablado antes (estado de no malestar).
- **Hiperactivación del sistema cerebral encargado de producir estrés.** En las personas adictas, el sistema que regula el nivel de estrés esta hiperactivo, lo que se traduce en un aumento del nivel de malestar en estas personas.

Es decir, el consumo prolongado de drogas hace que, por un lado el individuo sienta menos placer ante actividades que antes le satisfacían (por la hipoactivación de su sistema de recompensa cerebral); y por otro aumenta su malestar ya que se hiperactiva el sistema del estrés.

Estos cambios cerebrales asociados al consumo sostenido de una sustancia de abuso producen una alteración de los neurotransmisores cerebrales que es vivida por el consumidor como una sensación muy desagradable y una poderosa motivación para buscar la droga y consumirla, ya que esta es la única manera de conseguir paliar su malestar.

Según esta teoría la adicción es un trastorno que progresa desde la impulsividad a la compulsividad. Al principio del consumo, cuando la sustancia

produce al individuo placer, este la toma de manera impulsiva. Una vez instaurada la enfermedad la sustancia se consume de manera compulsiva, no por sus efectos satisfactorios sino para eliminar el malestar asociado al no consumo.

Como hemos dicho el consumo sostenido de drogas produce un estado alostático en el organismo. En 1928 el fisiólogo americano Walter B. Cannon acuñó el término homeostasis para referirse a la regulación que el propio cuerpo hace de su estado interno. Así, todos los organismos vivos son capaces de mantener una condición interna estable a pesar de que el entorno exterior cambie. Por ejemplo, nuestro cuerpo es capaz de mantener una temperatura interna de unos 36-37°C tanto en ambientes fríos de varios grados bajo cero como en el desierto a más de 40°C de temperatura.

El consumo de drogas rompe esta homeostasis corporal y obliga al cuerpo a compensar los cambios. Cuando el consumo es sostenido y se produce durante mucho tiempo o en grandes cantidades, se rompe completamente el estado homeostático y aparece un nuevo estado con un punto de ajuste totalmente distinto. A este nuevo punto de ajuste es a lo que se conoce como “estado alostático” o alostasis. Este estado alostatico es el responsable de que las personas adictas necesiten estímulos de mayor intensidad para sentir placer que aquellos sin adicción.

Cada ser humano, como cada neurona que le dota de identidad, busca su homeostasis, su equilibrio interno y una buena relación con los que le rodean. Pero las conductas adictivas llevan a la persona ser un evitador del estrés y el malestar que se consigue mediante el consumo.

Cuando decimos que la ausencia de la sustancia provoca una sensación de estrés nos referimos a que en el individuo adicto los niveles de cortisol (hormona del estrés) aumentan cuando no está bajo el efecto de la sustancia, teniendo la sensación de que los eventos externos o una percepción de su estado interno displacentero ejercen una presión sobre él que guía a la búsqueda del equilibrio perdido a través de la autoadministración de la sustancia. Esta

autoadministración genera un mapa del estado del cuerpo en el cerebro y una manera de percibir los eventos externos que nos alejan de esta percepción de estrés volviéndonos al (falso) equilibrio homeostático. En definitiva, se refiere a un mecanismo de aprendizaje implícito, que se realiza con independencia de los mecanismos que intervienen en las conductas conscientes o voluntarias.

El modelo alostasis-estrés explica perfectamente el paso del consumo impulsivo (mientras la persona experimenta los efectos positivos asociados al consumo de sustancias) al consumo compulsivo (para evitar el malestar asociado al síndrome de abstinencia físico o psicológico).

Hoy en día nadie puede negar la importancia del consumo para evitar el síndrome de abstinencia. Sin embargo, el síndrome de abstinencia desaparece unas semanas después de haber dejado de consumir la sustancia. Y entonces la pregunta es: ¿qué mantiene el deseo de consumo y desencadena la recaída cuando el síndrome de abstinencia ha desaparecido ya completamente? Para explicar esta y otras cuestiones han aparecido los nuevos modelos de la adicción.

La adicción como sensibilización a la sustancia adictiva.

Actualmente se sabe con certeza que el intento de evitar la sintomatología de abstinencia no explica la adicción. Los pacientes adictos explican el uso continuado de la sustancia como un intento de experimentar de nuevo los efectos del primer o primeros consumos, muchas veces sin conseguirlo debido al fenómeno de la tolerancia.

Lo cierto es que a medida que pasa el tiempo en abstinencia, el individuo que abusa de la droga puede ir experimentando un deseo creciente e incontrolable de consumir la sustancia que se conoce como craving.

La teoría de la sensibilización a la droga dice que el consumo produce una hipersensibilización a los efectos motivacionales de las drogas y a los estímulos asociados a éstas, de tal manera que la atención de la persona adicta se vuelve selectiva y se centra preferentemente en los estímulos asociados a la droga. Acompañando a este sesgo atencional aparece un proceso de motivación patológico por el cual la persona adicta experimenta un deseo compulsivo por la droga.

La tesis central de esta teoría es la siguiente: la exposición repetida a las drogas en sujetos susceptibles a desarrollar una adicción es capaz de alterar de forma persistente determinados circuitos cerebrales que se encargan de regular la importancia que tienen para los sujetos los estímulos con los que se encuentran, es decir, el consumo de drogas afecta a los mecanismos cerebrales implicados en el comportamiento motivado. El resultado de este proceso es una sensibilización a la droga, de tal forma que las drogas y todos los estímulos asociados a ellas adquieren una saliencia patológica y captan la atención del individuo de manera mucho más pronunciada que los estímulos no relacionados con la droga.

Además, la droga también altera los mecanismos del aprendizaje asociativo por los cuales las personas aprendemos cuales son los objetos y situaciones del entorno importantes para nosotros. La alteración de estos circuitos del aprendizaje es la responsable de que la sensibilidad a las drogas y los estímulos asociados a ellas se alargue durante muchos años, incluso después del cese del consumo.

En este momento en que el deseo de consumo empieza a ser intenso y a estar muy presente en el pensamiento del individuo, es cuando empiezan a aparecer las primeras sombras del trastorno adictivo. A partir de este momento, cualquier estímulo ambiental, un ruido, una luz, un olor, un amigo o compañero de consumo, un lugar habitual, desencadenan un deseo irrefrenable, que puede aparecer de forma inesperada, aunque el individuo no haya estado pensando conscientemente en consumir.

Podría decirse, que el adicto se ha sensibilizado a la droga y a los estímulos que la recuerdan, de tal manera que la sustancia y las claves asociadas a ella (amigos consumidores, bares y otros lugares en los que se ha consumido, estado emocional que acompaña al consumo...) van a despertar las ansias de consumo cada vez que se presenten ante el sujeto.

Así, una persona adicta que haya pasado todo el proceso de desintoxicación y lleve una temporada abstinenta, puede volver a sentir ganas de consumir si se encuentra con un amigo consumidor, por ejemplo.

En resumen, la tesis principal del modelo es que la adicción es resultado de la alteración de dos sistemas complementarios. Por un lado, el sistema encargado de detectar y valorar la relevancia motivacional de los reforzadores realiza una valoración exagerada de las propiedades reforzantes de las drogas y a su vez deprecia la relevancia motivacional de otros reforzadores naturales (p.e., comida, dinero, sexo, relaciones sociales). Por otro lado, está dañado el sistema de inhibición encargado de detener conductas que son inapropiadas para las demandas del organismo y el contexto, por lo que existen dificultades para inhibir conductas motivacionalmente relevantes; en este caso, el consumo de drogas. El daño en estos dos sistemas repercutiría de manera transversal en varias fases de la adicción, incluyendo los consumos iniciales, la intoxicación y el consumo en forma de atracones, el craving, o la recaída incluso después de periodos de abstinencia prolongada

Procesos superiores en la adicción: la toma de decisiones

Los procesos mentales a través de los cuales resolvemos los problemas internos (representaciones mentales) o externos (derivados de la relación del individuo con su entorno) se conocen como funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas tienen cinco tareas principales gracias a las cuales resolvemos nuestros problemas de forma satisfactoria:

1. Dirigir nuestra atención hacia el foco del problema y evitar que interfieran estímulos irrelevantes.
2. Aumentar nuestra flexibilidad cognitiva. De esta manera no nos dejamos llevar por nuestra reacción instintiva primaria, sino que respondemos de forma consciente y ordenada.
3. Establecer metas.
4. Autorregulación del nuestro estado de alerta y nuestra motivación.
5. El planteamiento, ordenamiento y evaluación de los resultados que queremos conseguir, es decir, la toma de decisiones.

La toma de decisiones se refiere a un proceso por el cual una persona elige realizar una determinada acción de entre varias disponibles. Por ejemplo, yo puedo elegir pedir una cerveza en un bar en vez de una botella de agua, un refresco o un café.

El tomar una decisión u otra va a estar condicionado por lo que hayamos aprendido de nuestras experiencias pasadas y también por lo que pretendamos conseguir. Así, en el proceso que lleva a una persona a tomar una decisión u otra influyen los siguientes elementos:

- Opciones disponibles: agua, cerveza, refresco, café, té, copa...
- Representación mental de los resultados futuros: me imagino a mi mismo bebiendo cada una de esas cosas y anticipo el placer que voy a sentir.
- Experiencias emocionales previas: traigo a mi mente recuerdos en los que he bebido cada una de esas bebidas y recuerdo los sentimientos y emociones asociados.

Y es a partir de estos tres elementos, tomamos una decisión sobre qué queremos consumir. El consumo compulsivo de drogas altera los mecanismos cerebrales encargados de la toma de decisiones, por lo que este proceso queda dañado. El consumo sostenido de drogas genera los siguientes síntomas que interfieren con una correcta toma de decisiones:

- Falta de memoria para las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas.
- Imposibilidad de aprender de los errores repetidos.

- Inteligencia conservada
- Anormalidad en la expresión y experimentación de emociones.
- Comportamiento social alterado.

Las personas adictas, por sus características cerebrales eligen la recompensa inmediata, aunque conlleve consecuencias negativas a largo plazo y además no son capaces de aprender de sus errores repetidos por lo que no son conscientes de su problema con las sustancias, que tienden a negar. No es que las personas con un problema de adicción sean viciosas o pasen de todo, es que los mecanismos cerebrales han quedado usurpados por las drogas, que no les permiten comportarse de otra manera.

El neurólogo Antonio Damasio ha propuesto un modelo para explicar el comportamiento de las personas con un problema de adicción. Según este modelo, ante cualquier evento de nuestra vida, sentimos una serie de emociones y sentimientos que se conectan a las respuestas corporales y cerebrales que genera ese evento. Se conoce como marcador somático al conjunto de sensaciones corporales, generadas por los sentimientos y emociones, que una persona siente ante un evento.

El marcador somático sirve a las personas para aprender de su experiencia pasada. Así, cuando una persona se encuentre en una situación parecida a otra que vivió previamente, el marcador somático le hace anticipar los resultados y elegir la conducta más adecuada gracias al aprendizaje de experiencias pasadas.

Cuando realizamos una acción cuyos resultados son negativos se genera un marcador somático negativo que funcionará en el futuro como una señal de alarma para evitar volver a repetir errores. Por ejemplo, si una noche me emborracho con un determinado licor y a la mañana siguiente me levanto con mucha resaca, es posible que la próxima vez que me ofrezcan ese mismo licor lo rechace.

Sin embargo, cuando los resultados de nuestras acciones son positivos, el marcador somático que se genera es positivo y funciona como un incentivo que nos hará repetir la acción en el futuro.



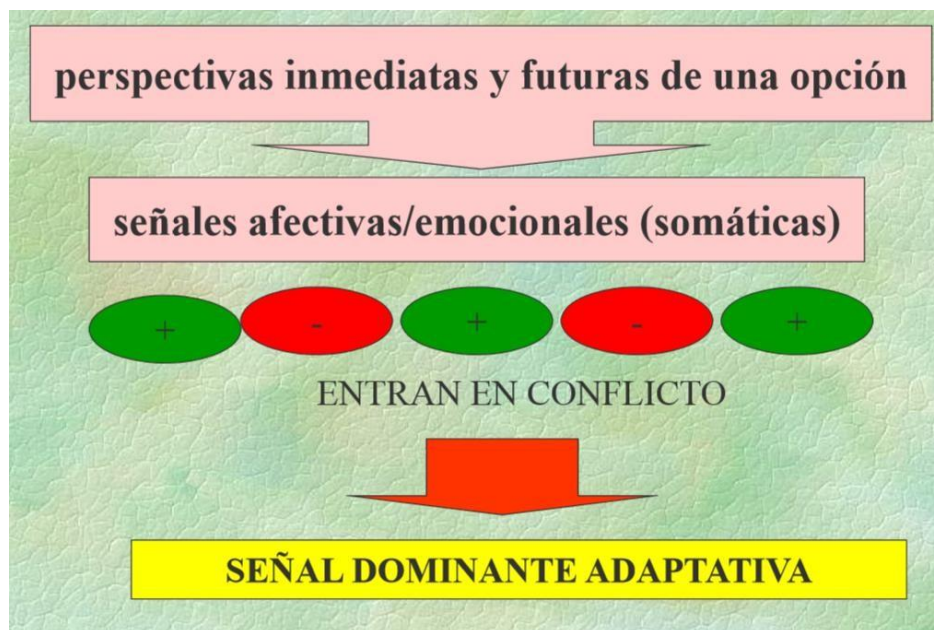
En las personas con un problema de adicción el marcador somático está alterado, lo que hace que presenten dificultades para tomar decisiones favorables en sus vidas. En las personas sanas, tomar una mala decisión supone que se despierte en el cuerpo una señal de alerta desagradable que frena esa decisión. Esto no pasa en el adicto, ya que su marcador somático está alterado.

Veamos esto con un ejemplo. El lunes por la mañana suena el despertador después de un fin de semana muy intenso. La persona A tiene mucho sueño y quiere quedarse en la cama para dormir un rato más, sin embargo, si hace esto su jefe se enfadará, sus hijos llegarán tarde al colegio y tendrá una serie de consecuencias desagradables para ella. Así que empieza a sentirse incómoda si continúa tumbada en la cama y tiene que levantarse para ir al trabajo. El marcador somático ha hecho que esta persona se levante un lunes por la mañana.

En la persona adicta, el marcador somático está desconectado por lo que cuando siente sueño un lunes por la mañana no experimenta esa sensación de malestar de la que hablábamos antes y puede continuar en la cama un rato más.

Esto explica por qué muchas personas adictas abandonan sus obligaciones laborales, familiares y sociales cuando están dentro de la espiral de consumo.

En este ejemplo, las consecuencias a corto plazo (quedarse en la cama descansando) y a largo plazo (llegar tarde al colegio y al trabajo...) emiten una serie de señales afectivas y emocionales que entran en conflicto. Al final la señal dominante acaba ganando la partida y hace que el sujeto A se levante de la cama.



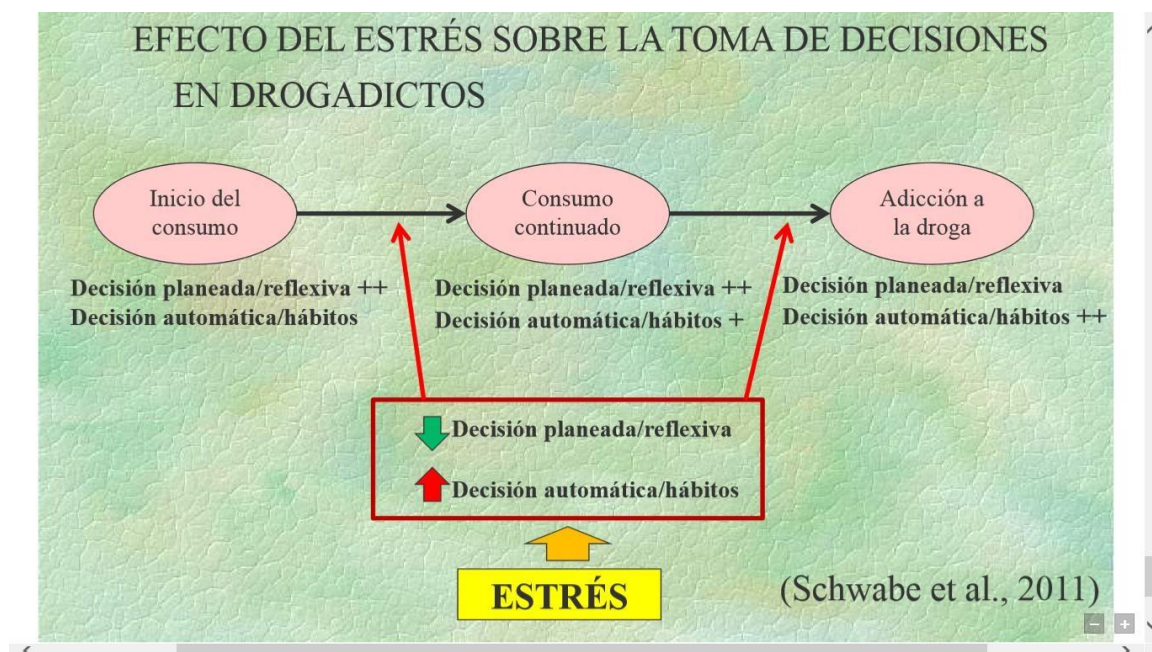
Los estados somáticos, esas señales emocionales y afectivas que nos hacen levantarnos de la cama, pueden estar inducidas por dos tipos de estímulos:

- Inductores primarios: son estímulos que, por ellos mismos, de forma directa, inducen estados agradables o desagradables en la persona. Por ejemplo, las drogas, la comida, el sueño y todos aquellos estímulos que tienen valor por sí mismos.
- Inductores secundarios: son estímulos que recuerdan a un inductor primario pero que por ellos mismos no producen ningún tipo de estado somático.

Los marcadores somáticos no causan las conductas o decisiones, solo modulan los mecanismos cerebrales que realizan estas funciones. Se pueden tomar decisiones con ausencia total de marcadores y estados somáticos, sin embargo, estas decisiones estarán influidas por el sistema impulsivo y las consecuencias a corto plazo y serán desventajosas, como les ocurre a las personas adictas a sustancias.

Así, según este modelo, la adicción es una condición en la que suceden dos cosas:

- El sistema reflexivo se debilita. El sistema que nos lleva a tomar decisiones de forma calmada, sopesada y consciente esta desactivado debido a que la persona no cuenta con la ayuda de los marcadores somáticos.
- A su vez, el sistema impulsivo se hace más fuerte, lo que lleva a la persona adicta a tomar decisiones de forma precipitada y sin sopesar bien las consecuencias de las mismas.



En conclusión, este modelo define la adicción como una disfunción de los sistemas neuropsicológicos implicados en la toma de decisiones, incluyendo mecanismos motivacionales, emocionales, de memoria y de selección de respuestas. Se asume que la toma de decisiones es un proceso guiado por

señales emocionales (“marcadores somáticos”) que anticipan los resultados potenciales de distintas opciones de decisión. En condiciones normales estos marcadores emocionales, entendidos experimentalmente como cambios vegetativos, musculares, neuroendocrinos o neurofisiológicos, proporcionan un contexto afectivo y guían la toma de decisiones hacia opciones de respuesta adaptativas para el individuo siguiendo una lógica homeostática.

En el ámbito de las adicciones, el modelo propone que determinadas sustancias consumidas repetidamente pueden “secuestrar” los sistemas motivacionales y emocionales encargados de la generación de estos marcadores somáticos, priorizando las señales emocionales asociadas al consumo y bloqueando la posibilidad de que la experiencia negativa asociada a sus consecuencias aversivas se transforme en aprendizaje productivo. Como resultado, los marcadores emocionales asociados al consumo pueden incidir en al menos dos sistemas neuropsicológicos: (i) la consolidación de estados afectivos específicos, como el sentimiento de urgencia por consumir o craving y (ii) la capacidad de sesgar los procesos de selección de respuesta hacia opciones de reforzamiento inmediato (p.e., el consumo) incluso a expensas de ignorar la inadecuación de estas respuestas en función del contexto o sus potenciales consecuencias negativas. Por tanto, el modelo incardina el núcleo del comportamiento adictivo en la dificultad para asignar estados afectivos relevantes a los escenarios cognitivos de decisión, promoviendo decisiones basadas en el reforzamiento inmediato que descuidan sus consecuencias futuras (fenómeno definido como “miopía hacia el futuro”) y la tendencia a persistir en el error, debido a la dificultad para incorporar aprendizajes afectivos a decisiones ulteriores.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABUSO Y DEPENDENCIA DE LA DROGA

Los factores que influyen en que una persona llegue a convertirse en adicta son de tres tipos: las propiedades farmacológicas y fisicoquímicas de las drogas; los factores genéticos de cada persona y la presencia en el individuo de determinadas características psicológicas o trastornos psiquiátricos y de personalidad.

Las propiedades fisicoquímicas de las drogas determinan la rapidez con la que la sustancia llega al cerebro y la intensidad del efecto. Estas características están íntimamente relacionadas con el potencial adictivo de una droga. Así, los consumidores adictos prefieren las sustancias que llegan rápidamente al cerebro y con un efecto muy intenso, por lo que son estas drogas de las que se abusa con más facilidad (por ejemplo, la heroína).

Los factores genéticos que influyen en el metabolismo y efecto de las drogas contribuyen al riesgo de adicción. Las personas con padres alcohólicos, por ejemplo, tienen más probabilidades de padecer alcoholismo que aquellos criados con padres sin historia de alcoholismo. Esto es así incluso cuando estas personas en riesgo son separadas al nacer de sus padres y son criadas en un entorno libre de alcohol. Existen determinados fenotipos, que se asocian a un riesgo incrementado de padecer una enfermedad adictiva.

Respecto a los trastornos de personalidad y las enfermedades mentales, se han postulado como los principales factores que influyen en la adicción a una sustancia. Rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones o el gusto por la novedad favorecen el consumo de sustancias adictivas. Las enfermedades mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión o el déficit de atención están asociadas a un riesgo incrementado de abuso de sustancias. Por otro lado, la patología dual, es decir, la presencia de una enfermedad mental y un trastorno adictivo se asocia con resultados desfavorables en la evolución y resultado del tratamiento.

3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES

Las consecuencias que acarrea el consumo de drogas y otras adicciones como el juego patológico, son de gran relevancia, tanto en la esfera individual, como sanitaria, familiar, económica y social. No hay ninguna duda de que la mejor solución para que los niños y adolescentes no se hagan adictos es prevenir dicho consumo. La prevención de las drogodependencias ha tenido un avance enorme en los últimos, debido al conocimiento de los factores de riesgo y protección asociados al consumo, a la creación de modelos teóricos adecuados y la elaboración de programas preventivos con buenos niveles de calidad científica.

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias:

1. **Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas.** Hay sustancias, como el alcohol y el tabaco, que tienen una alta probabilidad de que los jóvenes lleguen a probarlas, pero cuanto más se retrase dicha ingesta menor probabilidad habrá de que consuman otro tipo de sustancias.
2. **Limitar el número y tipo de drogas utilizadas.** Una de las características que tiene el consumo de drogas en la actualidad, relacionado principalmente con el ocio nocturno, es el policonsumo de sustancias. Este aspecto tiene, con frecuencia, consecuencias más graves a nivel de salud y mayores riesgos de desarrollar una adicción.
3. **Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y a la dependencia.**

4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas en aquellos jóvenes que ya consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia.

5. Educar a los individuos para que tengan una relación madura y responsable con las drogas. El alcohol es una sustancia que forma parte de nuestra cultura, por lo que el individuo debe aprender a convivir con ella, diferenciando entre un consumo maduro y responsable y un consumo dañino para la salud.

6. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.

7. Proporcionar alternativas de ocio saludables. Que los jóvenes dispongan en su entorno sociocultural de alternativas al consumo de drogas, es fundamental para el desarrollo de una adecuada prevención.

El objetivo de la prevención no es que nadie consuma drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o que una parte importante de ellos no lleguen a consumir nunca drogas. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

Las principales razones para trabajar en el ámbito de la prevención de las drogodependencias son tres:

- Si los jóvenes no consumen tabaco, cannabis o beben abusivamente alcohol, evitaremos que en el futuro sean dependientes de esas sustancias.
- Si las personas no consumen esas sustancias, evitaremos un número importante de enfermedades físicas que están relacionadas con dicho

consumo (cáncer, hepatitis...) y reduciremos la probabilidad de que tengan algún trastorno mental.

- Si prevenimos que los jóvenes consuman tabaco y alcohol, también estamos previniendo que consuman en el futuro otras drogas como cocaína, cannabis o drogas de diseño

La prevención debe centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas, o el surgimiento de otras adicciones, como en mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas, centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

Tipos de prevención

Hasta hace unos años se utilizaba la clasificación de la prevención propuesta por Caplan (1980) que diferenciaba entre: la prevención primaria (prevención), secundaria (tratamiento) y terciaria (rehabilitación). La prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que, si surge un problema con las drogas, se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria, se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo, que diferencia entre: prevención universal, selectiva e indicada (Gordon, 1987). Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Los programas universales son más amplios, menos intensos y costosos que los otros dos tipos. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de

adolescentes que tienen mayor riesgo de ser consumidores que el promedio de los adolescentes. Se dirige a grupos de riesgo. Finalmente, 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 dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Modelo	Tipo de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que el problema aparezca
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con la prevención primaria
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tiene un mayor riesgo de ser consumidor que el promedio de las personas de esa edad, es decir, se dirige a un grupo de riesgo
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la comunidad, que suelen ser ya consumidores. Se dirige a individuos de alto riesgo

Factores de riesgo y protección

Conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y protección para el consumo de las distintas drogas ha facilitado conocer mejor las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con el uso de sustancias como con otros comportamientos adictivos.

Para la prevención del consumo de las distintas drogas es importante detectar las personas de mayor riesgo de consumo, así como los factores que favorecen dicho consumo. Esto es de enorme relevancia porque conociéndolos podemos intervenir sobre ellos y así poder conseguir que las personas no consuman drogas o lo hagan en un grado menor.

Dado que los programas preventivos se aplican en colegios, poblaciones y comunidades concretas, dichos programas tienen que tener siempre en cuenta esos factores de riesgo y protección específicos para el lugar donde lo aplicamos. Al conocerlos podremos adaptar el programa a los mismos con el objetivo de reducir los de riesgo y potenciar los de protección.

A través de los componentes del programa que subyacen a las actividades de este tenemos que potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo. En la Tabla se recogen los factores de riesgo y protección más destacados en los distintos ámbitos de intervención.

DOMINIO	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Genéticos - Ser varón - Edad temprana - Enfermedad crónica 	
	Psicológicos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno mental - Conducta antisocial - Rebeldía - Agresividad - Impulsividad - Consumo temprano de drogas - Abuso físico o sexual. - Actitud favorable hacia el consumo - Relaciones negativas con los adultos 	<ul style="list-style-type: none"> - Religiosidad - Creencia en el orden social - Habilidades sociales - Autoeficacia - Orientación social positiva - Aspiraciones de futuro - Inteligencia - Resiliencia - Actitudes negativas hacia el consumo de drogas - Relaciones positivas con los adultos
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo - Compañeros que consumen drogas - Compañeros con conducta antisocial o delincuencia temprana. - Rechazo por parte de los iguales. - Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apego a los iguales que no consumen drogas. - Asociación con iguales que están implicados en actividades en la escuela, de ayuda, recreativas, religiosas... - Resistencia a la presión de los iguales

Familia	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres -Baja supervisión familiar, -Baja disciplina familiar. -Historia familiar de conducta antisocial -Actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas -Bajas expectativas para los niños -Abuso físico 	<ul style="list-style-type: none"> -Apego familiar -Oportunidades para la implicación en la familia -Creencias saludables -Claros estándares de conducta -Altas expectativas para los hijos. -Sentido positivo de confianza en si mismo -Dinámica familiar positiva.
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo rendimiento académico -Bajo apego a la escuela -Tamaño de la escuela -Conducta antisocial en la escuela 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuela de calidad -Oportunidades para la implicación prosocial -Refuerzos y reconocimiento por implicación prosocial -Creencias saludables -Claros estándares de conducta -Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. -Clima institucional positivo
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Deprivación económica y social - Desorganización comunitaria. - Cambios y movilidad de lugar - Creencias, normas y leyes favorables hacia el consumo de drogas - Disponibilidad y accesibilidad a las drogas - La percepción social de riesgo de cada sustancia - Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> -Sistema de apoyo externo positivo -Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad - Descenso de la accesibilidad a las sustancias -Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes -Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad

Tipos de prevención

Los ámbitos en los que se puede llevar a cabo la prevención son múltiples. La prevención puede hacerse en el ámbito escolar, en el familiar, el 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. A continuación, pasamos a describir los tipos de prevención más comunes.

Prevención escolar

En los últimos años ha cobrado más relevancia la prevención escolar. Ésta permite llegar a los jóvenes escolarizados, los cuales tienen la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas. Esto ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realicen en exclusiva en la escuela y es en ésta donde hay más programas preventivos evaluados.

El problema es que, con frecuencia, una parte de los jóvenes que más precisan intervenciones para prevenir el consumo de drogas no asisten a la escuela o la han abandonado antes de tiempo. Estos son elementos negativos para la persona y al mismo tiempo factores de riesgo para el consumo de drogas. Por ello, no siempre la prevención escolar es suficiente para evitar el consumo de drogas. Además, dentro de la prevención escolar hay que implicar a todos los miembros de la comunidad escolar: los alumnos, los profesores y los padres.

En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. En otros países hay una asignatura específica educación para la salud, drogodependencias, o similar. La actividad preventiva es realizada por el profesorado, habitualmente entrenado para ello, que aplica elementos preventivos en sus asignaturas o componentes de los programas preventivos de drogas. También, en ocasiones, se aplican programas preventivos concretos, en el sentido en el que los conocemos, en las clases de tutoría.

El objetivo de la prevención escolar es que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio. Pero, aunque los programas universales son útiles para todos los alumnos, en algunos casos sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.), a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental, para paliar los mismos o poder, aún mejor, solventarlos. Por ello, es necesario que los profesores tengan el suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que vayan surgiendo al poner en práctica las intervenciones preventivas.

Desde el Center for Substance Abuse Prevention norteamericano (2001) se especifican los principios efectivos de la prevención de las drogas en la escuela:

1. Evitar confiar únicamente en las intervenciones basadas en el conocimiento diseñadas para proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo.
2. Corregir las concepciones erróneas sobre prevalencia del consumo junto con otras aproximaciones educativas.
3. Implicar a los jóvenes en intervenciones con iguales o con intervenciones que tienen componentes que utilizan a los iguales.
4. Hay que proporcionar a los estudiantes oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas.
5. Ayudar a los jóvenes a retener las habilidades adquiridas a través de sesiones de recuerdo.
6. Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela.
7. Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela.

Los componentes clave dentro de los programas de prevención escolar son: información sobre drogas, conocer los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo, saber detectarlos y hacer frente a los mismos (ej., publicidad), entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de drogas, entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana, detección de problemas personales y familiares que puedan incidir en el consumo, toma de decisiones y compromiso de no consumo y promover estilos de vida saludables, entre otros.

Prevención familiar

El estudio de los factores de riesgo y protección y su importancia en la etiología del consumo han hecho que la prevención familiar tenga cada vez mayor importancia. 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 nuestra sociedad actual. Los programas preventivos que se centran en la intervención en la familia tienen como objetivos: fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres, sobre todo de aquellos que más lo precisan. Con frecuencia, las familias más desestructuradas tienen menos tiempo para poder acudir a los mismos.

Los principios preventivos efectivos en el ámbito familiar según el Center for Substance Abuse Prevention (2001) son:

1. Se debe incluir a toda la familia.
2. Ayudar a desarrollar el apego entre los pares en los programas.

3. Ayudar a las familias de minorías étnicas a responder a las cuestiones culturales y raciales.
4. Desarrollar en los padres habilidades de crianza de los hijos.
5. Enfatizar el apego familiar.
6. Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen las habilidades que se les han enseñado.
7. Entrenar a los padres para que escuchen e interactúen con sus hijos.
8. Entrenar a los padres a utilizar la disciplina de modo positivo y consistente.
9. Promover nuevas habilidades en la comunicación de la familia utilizando técnicas interactivas.
10. Emplear estrategias para vencer las dificultades que tienen los padres para asistir a los programas (ej., problemas con el horario, transportes, etc.).
11. A través de un apoyo intensivo mejorar las habilidades de crianza y la conducta de los niños.
12. Mejorar el funcionamiento familiar a través de la terapia familiar cuando sea necesario.
13. Si es preciso, realizar los programas en locales comunitarios alternativos a la escuela.
14. La utilización de videos para el entrenamiento y la educación pueden ser procedimientos efectivos y coste-eficientes para enseñar habilidades de crianza de los hijos.

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas donde los padres o los hijos consumen drogas o tienen un riesgo muy alto de consumir. Facilitar su acceso a dichos programas o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario facilita la adherencia a los mismos.

Prevención comunitaria

La prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. Sin embargo, como lo comunitario es un concepto tan extenso, y con frecuencia difícil de abarcar, suele optarse por tipos de prevención más realistas y parcializados. La prevención comunitaria en drogodependencias pretende prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin.

El objetivo es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la preservación de la salud. Implica poner en marcha distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto indica que un programa comunitario es global y puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad.

Cuanto más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo. Hacer la prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas, como que se puede incidir en más factores de riesgo en distintos niveles, podemos conseguir una mejor consistencia en los mensajes, poder conseguir una mejor difusión al disponer de más canales, etc. Por ello, es muy importante en este tipo de programas que haya una buena planificación, coordinación, puesta en práctica y medios para el mismo.

Habitualmente un programa comunitario incluye otros subprogramas, o programas que a su vez funcionan independientemente, como la prevención escolar, la familiar, la laboral, etc., pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario pueden funcionar sinérgicamente. De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problema de consumo de drogas.

Prevención laboral

En los últimos años otro tipo de prevención que ha cobrado relevancia es la prevención laboral. Esto viene dado por el alto nivel de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre algunos sectores profesionales. Esto ha propiciado que, tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, se hayan puesto en marcha distintos programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en el alcohol y el tabaco, aunque sin dejar de lado las drogas ilegales. Esto se debe a la relevancia que tiene el consumo de alcohol, tanto por sus consecuencias en la salud como por la accidentabilidad laboral relacionada con dicha sustancia.

Estos programas habitualmente incluyen información, sensibilización y orientación y, con frecuencia, facilitan el tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, aunque los programas preventivos tienen su máxima relevancia en los adolescentes y adultez temprana (por ser la etapa en la que con frecuencia se inician los consumos de drogas), la prevención también debe dirigirse hacia otras etapas de la vida.