

# Revista Salud y drogas

## Health and addictions

### DIRECTOR

*José A. García del Castillo Rodríguez*  
*Universidad Miguel Hernández*

### SECRETARIO

*Daniel Lloret Irlés*  
*Universidad Miguel Hernández*

### CONSEJO EDITORIAL

*Javier Aizpiri Díaz*  
*Medicina Psicoorgánica, Bilbao, España*  
*Francisco Javier Ayesta Ayesta*  
*Universidad de Cantabria, España*  
*Ramón Bayés Sopena*  
*Universidad Autónoma de Barcelona, España*  
*Elisardo Becoña Iglesias*  
*Universidad de Santiago de Compostela, España*  
*Juan Vicente Benet Montesiños*  
*Universidad Complutense de Madrid, España*  
*Julio Bobes García*  
*Universidad de Oviedo, España*  
*Gilbert J. Botvin*  
*Weill Medical College Cornell Univ, USA*  
*Gaspar Cervera Martínez*  
*Hosp. Clínico Universitario de Valencia, España*  
*Enrique Echeburúa Odrizozola*  
*Universidad del País Vasco, España*  
*José Ramón Fernández Hermida*  
*Universidad de Oviedo, España*  
*Lawrence Gardner Eliot*  
*Albert Einstein College of Medicine, USA*  
*Consuelo Guerri Sirera*  
*Instituto de Investigaciones Citológicas, España*  
*Kenneth W. Griffin*  
*Weill Medical College Cornell Univ, USA*  
*Carl G. Leukefeld*  
*University of Kentucky, USA*  
*Carmen López Sánchez*  
*Universidad de Alicante, España*  
*Juan José Llopis Llacer*  
*Universidad Jaime I, Castellón, España.*  
*Rafael Maldonado*  
*Universidad Pompeu Fabra, España*  
*Gerardo Marin*  
*University of San Francisco, USA*  
*F. Xavier Méndez Carrillo*  
*Universidad de Murcia, España*  
*Rafael Nájera Morrondo*  
*Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, España*

### JEFE DE REDACCIÓN

*José Pedro Espada Sánchez*  
*Universidad Miguel Hernández*

*Miguel Navarro García*  
*Universidad Complutense de Madrid, España*  
*Miguel Ángel Ortiz de Anda*  
*Edex-Centro de Recursos Comunitarios, España*  
*César Pascual Fernández*  
*Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*  
*- Gobierno de Cantabria, España*  
*Francisco Pascual Pastor*  
*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España*  
*Jesús Ángel Pérez de Arróspide*  
*Fundación Vivir sin Drogas, España*  
*Bartolomé Pérez Gálvez*  
*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España*  
*Joaquín Portilla Sogorb*  
*Hospital Gral. Universitario de Alicante, España*  
*Alain Rochon*  
*Régie Régionale de L'Estrée, Canadá*  
*Fernando Rodríguez de Fonseca*  
*Universidad Complutense de Madrid, España*  
*Jesús Rodríguez Marín*  
*Universidad Miguel Hernández, España*  
*Javier Ruiz Fernández*  
*Ayuntamiento de Portugalete, España*  
*Jesús Sánchez Martos*  
*Universidad Complutense de Madrid, España*  
*José Sánchez Payá*  
*Hospital Gral. Universitario de Alicante, España*  
*Manuel Sánchez Fortea*  
*Hospital Psiquiátrico de Bétera, España*  
*Roberto Secades Villa*  
*Universidad de Oviedo, España*  
*Merrill Singer*  
*Hispanic Health Council, USA*  
*José Solé Puig*  
*Cruz Roja de Barcelona, España*  
*Steven Sussman*  
*University of Southern California, USA*  
*Miguel Ángel Torres Hernández*  
*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España*  
*José Ramón Varo Prieto*  
*Servicio Navarro de Salud, España*

### **Objetivos**

La *Revista Salud y drogas* tiene como fin promover el desarrollo de la investigación sobre las drogodependencias y otros trastornos adictivos en general, desde una aproximación amplia y pluridisciplinar, perfeccionar sus métodos y técnicas, fomentar una visión crítica y comprometida del fenómeno de la droga e impulsar la cooperación científica entre los investigadores, profesores, estudiosos y especialistas de la materia, desde el compromiso con la ética y los derechos humanos.

En este sentido, la *Revista Salud y drogas* publica artículos sobre tratamiento, prevención y reinserción social, así como estudios epidemiológicos, básicos y descriptivos sobre las drogodependencias y otras conductas adictivas.

### **Frecuencia**

*Salud y drogas* se publica dos veces al año en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

### **Idioma**

El idioma de publicación es el español, si bien ocasionalmente se aceptan artículos escritos en lenguas de la Unión Europea.

### **Separatas**

Salud y drogas envía a cada autor una carta de aceptación una vez superado el proceso de revisión. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y un ejemplar impreso del número en el que aparece su artículo.

### **Copyright y permisos**

Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista *Salud y drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones

### **Papel**

Salud y drogas se imprime en papel libre de cloro.

### **Indexada en:**

ISOC (CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), IN-RECS (Índice de Impacto Revistas Españolas de Ciencias Sociales, DOAJ (Directory of Open Access Journal), PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos), Scopus, Dialnet, Latindex.

### **Dirección postal**

Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Universidad Miguel Hernández  
Ctra. de Valencia s/n  
03550 Sant Joan d'Alacant ALICANTE (España)  
Tfno.- +34 965 919 319  
Fax.- +34 965 919 566  
Web.- <http://inid.umh.es>

Foto de portada por cortesía de la Dra. C. De Felipe  
(Instituto de Neurociencias, UMH).

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Depósito legal: MU-1305-2001

Fotocomposición e impresión: COMPOBELL, S.L. (Murcia)

---

## ÍNDICE

---

<b>1. Editorial</b> .....	121
<b>2. Originales</b> .....	125
<b>Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias</b> .....	127
<i>Guillermo A. Castaño</i>	
<b>Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante</b> .....	149
<i>José A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez y M<sup>a</sup> Carmen Quiles</i>	
<b>Construyendo salud: de las evoluciones teóricas a las aplicaciones prácticas</b> .....	161
<i>Paulo Moreira, Lorena Crusellas, Filipa Machado y Ana Pinheiro</i>	
<b>Aspectos psicosociales de la dependencia de alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres</b> .....	197
<i>Francisco José Montero</i>	
<b>¿Existe relación entre el abuso de drogas y la ruptura de pareja? Análisis de la percepción de ambos cónyuges sobre las causas de su separación</b> .....	215
<i>Mireia Orgilés y Jessica Piñero</i>	
<b>La formación en materia de drogodependencias en los programas de tercer ciclo en Ciencias de la Salud</b> .....	229
<i>Daniel Lloret, Mónica Gázquez y José A. García del Castillo</i>	
<b>3. Recensiones de libros</b> .....	249
<b>4. Actividades científicas y de formación</b> .....	253

---

## INDEX

---

<b>1. Editorial</b> .....	121
<b>2. Originals</b> .....	125
<b>New trends on drug abuse prevention</b> .....	127
<i>Guillermo A. Castaño</i>	
<b>Alcohol use, attitudes and values in a sample of university students of the county of Alicante</b> .....	149
<i>José A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez and M<sup>a</sup> Carmen Quiles</i>	
<b>Constructing health: from the theoretical issues to practical applications</b> .....	161
<i>Paulo, Moreira, Lorena Crusellas, Filipa Machado and Ana Pinheiro</i>	
<b>Psycho-social aspects of alcohol dependence among women. A comparative study between men and women</b> .....	197
<i>Francisco José Montero</i>	
<b>Does a relationship exist between substance abuse and marital separation? Analysis of the perceived main reason for divorce of both spouses</b> .....	215
<i>Mireia Orgilés and Jessica Piñero</i>	
<b>Training in drug-addiction within the doctorate curriculum in Health Science</b> .....	229
<i>Daniel Lloret, Mónica Gázquez and José A. García del Castillo</i>	
<b>3. Book review</b> .....	249
<b>4. Scientific and formative activities</b> .....	253

---

*EDITORIAL*

---



---

## DROGAS GLOBALIZADAS

---

José A. García del Castillo  
*Director del INID*

La normalización es uno más de los problemas que acarrea el concepto de globalización, pero según donde se ponga, se puede convertir en canallesco. Si a esto le añadimos que lo anónimo siempre es menos impactante para los mortales que lo nominal, el desenlace de este argumento puede llegar a ser demoníaco. En los últimos informes que dio a conocer la ONU acerca de la problemática que envuelve el intrincado y, todavía, desconocido mundo de las drogas, se mencionan cifras de consumidores anónimos a nivel mundial, que ascienden a unos 200 millones de almas que se han visto las caras con alguna droga ilegal. Dicho así, en un mundo que alberga a más de seis mil millones de personas, puede sonar incluso benigno, ya que no alcanzaría ni el 4% de la población y, además, de una población desconocida para la mayoría de nosotros, gentes sin nombre, sin rostro, sin existencia real en nuestro mundo.

El problema se agudiza si empezamos a analizar las cifras desde un punto de vista más realista, porque esos doscientos millones se convierten en más de 600, que de alguna forma estarían implicados, si calculamos sobre la base de una familia nuclear de tres miembros de media. Si lo extendemos un poco más y contamos el entorno social y laboral de cada uno de esos 200 millones podríamos llegar a multiplicar hasta por 10, llegando así a un fenómeno de más de 2.000 millones de personas, que se encuentran enredadas, de una u otra forma, en el problema del consumo de drogas, es decir, un tercio de la población mundial. Seamos conscientes de que en estas cifras no estamos teniendo en cuenta a todos aquellos ciudadanos de la aldea global que fuman tabaco a diario —se cifran en más de 1.300 millones— por no hablar de todos los que se encuentran ahogándose literalmente en alcohol, cuyas cifras me permito omitir.

Es duro hasta pensarlo, pero la sociedad de la información, esa en la que estamos integrados todos nosotros, se apresura y se desvive

por indicarnos, que beber alcohol moderadamente puede resultar saludable; consumir derivados del cannabis puede ser terapéutico para determinados males del cuerpo; algunos analgésicos, en dosis adecuadas, son beneficiosos para protegernos de males mayores, como los problemas coronarios; drogas, como la morfina, son la panacea para el sufrimiento que nos produce un fuerte dolor o malestar crónico. Se diría, que la información que nos llega, amortigua los desmanes de sustancias que sabemos positiva y demostradamente que son perniciosas para nuestra salud y consiguen ese efecto mágico de normalizar el producto, hasta el punto de que veinte de cada cien españoles piensan que probar las drogas es constructivo, propio e incluso positivo.

Todo esto hace que recordemos novelas estelares, como la de “Un mundo feliz” de Huxley, donde sus moradores tenían el privilegio de contar con la droga de las drogas —el “soma”— para hacer de su vida un lujo de bondades, sin contar con las contraindicaciones que cualquiera de los productos de nuestro mercado real tiene en estos momentos. No olvidemos que cuando se introdujo el tabaco en Europa vino acompañado de un buen puñado de virtudes, como sus beneficios en el tratamiento de la artritis, la jaqueca, el dolor de muelas y el mal aliento, nada más y nada menos. El tiempo y la evidencia han ido poniéndolo en su sitio, hasta llegar a una actualidad aciaga para su futuro en los países desarrollados, ya que en los que están en vías de conseguirlo, se sigue promocionando y aumentando el número de adictos a la nicotina.

Evidentemente, el efecto de la globalización, consigue que sociedades como la española normalicen el consumo de drogas en un amplio porcentaje y a una gran velocidad. Si preguntáramos, de forma individual y reflexiva, a todos y cada uno de los padres de familia que tienen a su cuidado la educación de hijos en edades de riesgo al consumo, nos encontraríamos, sin duda, con la sorpresa, de que su grado de preocupación es alto o muy alto, con unos índices de miedo que se traducirían, en la negación del problema en el seno de su familia, y todo esto, en contraposición con lo que las grandes encuestas de población nos apuntan. Cuando el fenómeno de las drogas se vivía como un problema social, era porque estaba ligado firmemente a una larga serie de comportamientos que se confundían con la delincuencia, la marginalidad, el miedo al asalto o la integridad física, realidades que hoy han sido erradicadas afortunadamente.

La actualidad más recalcitrante y rabiosa consigue que los ciudadanos se preocupen más de aspectos jugosos de la vida cotidiana, alentados

por los medios de comunicación, que parece que inciden más, y con más arrestos, en su calidad de vida; no solamente el fenómeno del terrorismo nacional e internacional como forma de contienda ideológica y asesina, sino aspectos como la inmigración, la vivienda, el paro o la situación política del país, que indudablemente son de importancia, pero que hacen bajar la guardia en contrarrestar el consumo de drogas, hecho que puede ser devastador; y para hacernos una idea, pongámosle nombre y apellidos a cada uno de esos dos mil millones de ciudadanos de la aldea global.



---

*ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DEPENDENCIA  
DE ALCOHOL EN LA MUJER. ESTUDIO  
COMPARATIVO ENTRE HOMBRES Y MUJERES*

---

**Francisco José Montero Bancalero**  
*Asociación Bitácora, Aula de Alcoholismo, Sevilla, España*

Recibido: 02-09-2006. Aceptado: 27-09-2006

*RESUMEN*

---

El propósito de esta investigación es aportar datos sobre la relación que pueda existir entre determinados acontecimientos vitales en mujeres alcohólicas y su dependencia de alcohol. Para ello, se han seleccionado una serie de variables, como los antecedentes de abuso sexual, de maltrato físico, de progenitores alcohólicos, o la presencia de pareja alcohólica. Han sido contrastadas tres muestras de mujeres alcohólicas, mujeres no alcohólicas y hombres alcohólicos para encontrar diferencias. Además, han sido examinadas las consecuencias psicológicas, familiares y sociales en los dos grupos de mujeres y hombres alcohólicos para identificar divergencias. La información fue recogida a partir de una entrevista semiestructurada. Como medida de control, se recurrió al cuestionario AUDIT, para garantizar la inclusión de los participantes en el grupo adecuado. Los datos se sometieron a un análisis de contraste. Los resultados mostraron que determinados acontecimientos vitales son más frecuentes entre las mujeres alcohólicas, y que las consecuencias de su dependencia de alcohol, en algunos casos son diferentes a los hombres.

**Palabras clave:** *género, dependencia de alcohol, mujer.*

---

**Correspondencia:**

Francisco José Montero Bancalero. Bda. Andalucía, 13, 1º B, Osuna, C. P.: 41640 (Sevilla).  
E-mail: info@auladealcoholismo.es

## ABSTRACT

---

The aim of this article is to contribute data on the relation that can exist between certain vital events in alcoholic women and their alcohol dependency. For it, a series of variables has been selected, like the antecedents of sexual abuse, physical maltreatment, alcoholic ancestors, or the presence of alcoholic partner. Three samples of alcoholic women, non-alcoholic women have been resisted and alcoholic men to find differences. In addition, the psychological, familiar and social consequences have been examined in both groups of women and alcoholic men to identify divergences. Data were collected from a semistructured interview. As control measurement, one resorted to questionnaire AUDIT, to guarantee the inclusion of the participants in the suitable group. Data were put under a contrast analysis. The results showed that certain vital events are more frequent between the alcoholic women, and who the consequences of their alcohol dependency, in some cases were different from the men.

**Key words:** *gender, alcohol dependence, woman.*

## 1. INTRODUCCIÓN

---

El estudio de las drogodependencias debe hacerse cargo de la realidad social de las diferencias en materia de género. La literatura que recoge los estudios recientes sobre la dependencia de alcohol, ha venido a constatar, entre otros, el hecho de que la interacción que puede llegar a instaurarse para con la sustancia resulta susceptible de ser matizada por un aspecto fundamental: el *sexo del consumidor/a*.

De ello, se concluyen manifiestas divergencias en contrastes de género, por un lado, tanto en la génesis de la dependencia alcohólica, tanto como por otro, en lo que a evolución y abordaje terapéutico del trastorno se refiere.

El propósito del interés por las diferencias de género en la cuestión del alcoholismo, podría venir impulsado por el progresivo crecimiento que dicho trastorno ha experimentado en cuanto a su incidencia sobre la población femenina, y especialmente, en su sector más joven (Martínez y Rubio, 2002).

Queda claro el marco en el cual se desea asentar la presente investigación, y con ello pues, se coincide con la tendencia señalada por

Sirvent (2001), y de acuerdo con la cual, los cambios que la sociedad ha experimentado en los últimos años, han supuesto que el campo de las adicciones femeninas (y en concreto de las demandas terapéuticas) hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido, progresivamente, en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo.

Las cifras actuales de la dependencia alcohólica en la mujer, en comparación con el varón, están actualmente en proporción 1/3, cuando hace dos décadas era 1/10 (Larrazabal, Sanz y Landabaso, 2002). En consonancia con ello, y según Soler y Guasch (2002), la mayoría de los estudios recoge que el riesgo a lo largo de la vida de sufrir un trastorno por dependencia del alcohol fluctúa entre el 10% para los varones y el 3-5% para las mujeres.

De acuerdo con los datos extraídos de los estudios “Los Andaluces ante las Drogas VIII” (Navarro, 2003) y “Estudio de Evolución del Informe 1987-2003 (Los andaluces ante las drogas)” (Ballesta, Lozano, Bilbao y González, 2003), el consumo de alcohol en la población femenina ha sufrido un incremento en los últimos años, y se ha reducido la distancia histórica que existía entre los dos géneros con respecto al abuso y dependencia de alcohol.

Las diferencias de género con respecto al alcoholismo se hacen patentes ya desde el aspecto biológico debido a la mayor sensibilidad del organismo femenino en relación a esta sustancia. Dicha sensibilidad se debe a la existencia de una mayor absorción por parte del organismo de la mujer, a la presencia de una menor cantidad de agua, al mayor porcentaje de tejido graso y a una menor actividad de la enzima alcohol-deshidrogenasa (Jiménez, 2000).

Pese a la diferenciación biológica reseñada, el objetivo de esta investigación es analizar los parámetros psicológicos, familiares y sociales que otorgan identidad propia a la dependencia alcohólica femenina.

Un aspecto siempre a tener en cuenta, a la hora de realizar un acercamiento al alcoholismo femenino es la elevada incidencia de acontecimientos vitales traumáticos en el pasado de estas mujeres (Alonso-Fernández, 1998; Jiménez, 2000; Larrazabal, Sanz y Landabaso, 2002;). De este modo, parece existir una fuerte asociación entre haber sido objeto de violencia y el abuso y/o dependencia de alcohol en la mujer (Lown y Vega, 2001).

De forma más general, y de acuerdo con Llopis, Castillo y Rebullida (2003), la asociación entre trastorno adictivo y rasgos psicopatológicos en la mujer suele tener una gran vinculación con antecedentes de abuso

sexual, violación y malos tratos, todo ello en comparación con las no adictas. Igualmente, Martínez-Raga y cols. (2002) encontraron que las mujeres dependientes de alcohol tenían una mayor probabilidad de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia. El instituto nacional de abuso de alcohol y alcoholismo de Estados Unidos (2005) recoge cómo aquellas mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia poseen mayor posibilidad de desarrollar una dependencia de alcohol.

En la misma línea de investigación, Wietchelt y Sales (2002) sugieren que el peso de la vergüenza que sienten aquellas mujeres alcohólicas que han sufrido abuso sexual en la infancia es una variable importante a considerar tanto en la etiología, como en el tratamiento del alcoholismo.

Otro aspecto que cobra especial relevancia dentro de los antecedentes clave a considerar, de cara al desarrollo de una dependencia de alcohol en la mujer, es sin duda, el hecho de que uno o más progenitores hayan padecido previamente esta dependencia (Hidalgo, Jumilla, Lobregad y Ruíz, 2000; Martínez Hurtado, 2001).

Pese a ello, es de justicia señalar el estudio de Griffin y cols., (2005), en el cual concluyeron que el efecto del alcoholismo parental en la mujer adulta tenía un carácter indirecto, mediado por las otras tensiones y recursos existentes.

Otro dato a tener en cuenta, vendría representado por el hecho de que un importante porcentaje de mujeres alcohólicas se hallan casadas con un marido también alcohólico (Alonso-Fernández, 1998).

Y del mismo modo, diversos autores encuentran que a la hora de ser instaurada, en el caso de la dependencia alcohólica femenina, ejercen un gran impacto los rasgos psicopatológicos y de personalidad previos. En este sentido, Ambrogne (1999) encontró que las mujeres emplean el alcohol y otras drogas con la finalidad de aliviar sentimientos de inadecuación y depresión. Además, en aquellos casos en los que la abstinencia llega a tener éxito perduran los sentimientos vinculados con el estado de ánimo deprimido.

En cuanto a las consecuencias personales, familiares, sociales y laborales, que sufren las mujeres que padecen un trastorno por dependencia de alcohol, para Jiménez (2000), el alcoholismo de las mujeres suele acompañarse de mayor número de tentativas suicidas que en caso de los hombres, así como de menor problemática laboral y legal; sin embargo, se produce un mayor impacto sobre las áreas familiar y de salud. El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos (2005) identifica la desatención de las responsabilidades para con los

hijos, así como el absentismo laboral, como dos indicadores clave que evidenciarían el consumo abusivo de alcohol. Bolet y Socarrás (2003) señalan que una madre bebedora descuida la atención a sus hijos, lo que ocasiona desajustes infantiles.

Aunque Lloret (2001) describió que son las reacciones agresivas focalizadas hacia los más débiles la fuente de mayor impacto del alcoholismo a nivel familiar, Larrazabal, Sanz y Landabaso (2002) señalaron que en el alcoholismo femenino tardío, la mujer mantiene buena relación con hijos, salvo excepciones, así como un buen nivel de responsabilidad en el trabajo profesional.

En la esfera social Thundal, Granbom y Allebeck (1999) encontraron que la asociación entre la dependencia de alcohol femenina y las actividades de tiempo libre es probablemente circular: una red social pobre y una participación baja en actividades sociales aumentan el riesgo de la dependencia y del abuso del alcohol; del mismo modo, la dependencia y el abuso del alcohol conducen a la participación baja en actividades sociales.

Otra de las consecuencias sociales vinculadas al abuso y dependencia de alcohol está representada por la posibilidad de ser víctima de atentados contra la libertad sexual, mientras se sufren los efectos de la embriaguez (Gradillas, 2001), donde la condición de ser mujer constituye un factor de riesgo.

Igualmente, las mujeres alcohólicas tienen un mayor riesgo de sufrir accidentes relacionados con el alcohol (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, 2005; Greenfield, 2002).

En el trabajo de investigación que a continuación se presenta, se pretenden analizar los factores implicados en el desarrollo de una dependencia de alcohol en la mujer, así como examinar las consecuencias psicológicas más importantes que se producen en las mujeres dependientes de alcohol.

Se plantea, en definitiva que un pasado con acontecimientos traumáticos, y un entorno familiar estresante y/o con historia de abuso de alcohol van a estar relacionados con el desarrollo de un trastorno por dependencia de alcohol en la mujer. Del mismo modo se presupone que las consecuencias de la dependencia alcohólica se manifestarán de forma diferente en mujeres y hombres.

Como objetivo del análisis estadístico, se pretende analizar las diferencias en las variables estudiadas entre las mujeres dependientes de alcohol, las mujeres no dependientes de alcohol y los hombres dependientes de alcohol.

## 2. MÉTODO

---

### 2.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 90 sujetos divididos en tres grupos de 30:

1. Mujeres diagnosticadas por dependencia de alcohol (grupo de mujeres alcohólicas).
2. Mujeres que no cumplen los criterios para ser diagnosticadas por dependencia de alcohol (grupo de mujeres no alcohólicas).
3. Hombres diagnosticados por dependencia de alcohol (grupo de hombres alcohólicos).

Los criterios de asignación a los grupos fueron el diagnóstico por dependencia de alcohol y la variable sexo. Las mujeres y hombres dependientes de alcohol proceden de los siguientes centros y asociaciones que prestan atención al paciente alcohólico:

- "Nuevo Caminar" de Écija (Sevilla)
- Centro de Atención al Drogodependiente de Osuna (Sevilla)
- "Asociación Bitácora", de Sevilla
- "Despertar", de Sevilla
- "Anclaje", de Sevilla
- Comunidad Terapéutica "Poveda" de Mairena del Alcor (Sevilla)
- Fundación Fulgencio Benítez (Málaga)
- "Arca", de Cádiz
- "Amar" de Cádiz
- Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz

En cuanto al intervalo de edades, hay que mencionar que el 6,6 % de las mujeres del grupo de alcohólicas son menores de 36 años, el 30 % tienen edades comprendidas entre 36 y 41 años, el 23,3 % poseen edades de entre 42 y 47 años, el 13,3 % tienen edades entre 48 y 52 años y el 16,6 % cuenta con edades entre los 53 y 60 años. En último lugar, el 10 % son mayores de 61 años.

Los intervalos de edades entre los que se reparten los hombres dependientes, nos permiten señalar que el 10 % poseen edades comprendidas entre los 36 y 41 años, el 23,3 % se encuentra entre los 42 y 47 años; en tercer lugar, un 13,3 % de la muestra tienen entre 48 y 52 años; el 26,6 % posee entre 53 y 60 años, para que, finalmente, otro 26,6 % supere los 61 años de edad.

En el grupo de mujeres no dependientes hay que señalar que el 13,3 % son menores de 36 años, el 30 % tienen edades comprendidas entre 36 y 41 años, el 13,3 % poseen edades de entre 42 y 47 años, el 16,6 % cuenta con edades entre los 48 y 52 años y el 16,6 % posee edades entre los 53 y 60 años. Por último, el 10 % son mayores de 61 años.

## 2.2. INSTRUMENTOS

Las técnicas utilizadas para recopilar la información han sido las siguientes:

- a) Entrevista semiestructurada de recogida de datos sociodemográficos, familiares, sociales, educativos y laborales, diseñada para la investigación.
- b) Test de detección temprana de consumo y uso perjudicial del alcohol (AUDIT), de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), adaptada al castellano por Rubio, Bermejo, Caballero y Santo-Domingo (1998).

## 2.3. PROCEDIMIENTO

Con el objetivo de recoger información sobre el problema de la investigación, en primer lugar se efectuó una revisión de material bibliográfico que reuniese datos y conclusiones derivados de todas aquellas investigaciones y estudios realizados vinculados con la dependencia de alcohol en la mujer.

Una vez decidida la información que resultaba de interés recopilar en la evaluación, se procedió a elaborar un protocolo de entrevista semiestructurada.

El siguiente paso fue contactar con las mujeres del grupo de mujeres alcohólicas; para ello, se partió del directorio de centros proporcionado por el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía. El primer contacto con los centros tuvo lugar a través del teléfono. Tras informar de los propósitos del estudio y contar con el permiso de sus respectivos directores, se concertó una cita con aquellos que mostraron interés en la investigación. En otros casos, fue el propio personal técnico de estos centros el que nos facilitó el encuentro con otros dispositivos y/o asociaciones de atención a la persona alcohólica.

La participación en la investigación por parte de las mujeres fue totalmente voluntaria y de forma gratuita, produciéndose la misma con posterioridad a su conformidad, y tras haber sido informadas en todos los casos de la finalidad de la investigación.

Las sesiones de evaluación se llevaron a cabo en las dependencias de los diferentes centros a los que las participantes acuden habitualmente como usuarias. La duración de cada sesión giró en torno a los 90 minutos y se realizaron en pequeños grupos.

Al comienzo de la sesión, se explicaron los objetivos del estudio. En un segundo momento, se hizo entrega de las pruebas de evaluación, por el siguiente orden:

1. Entrevista psicosocial semiestructurada.
2. Test AUDIT.

En cuanto al grupo de mujeres no dependientes, se realizó un muestreo incidental a partir de las socias que integran la Asociación de Mujeres "VIDO" de Osuna (Sevilla). A continuación, se explicaron las instrucciones para la realización de las pruebas tal como se hizo con las mujeres del grupo experimental. Cabe mencionar que en ningún caso, las mujeres de este grupo confirmaron un diagnóstico de problemas con el alcohol, de acuerdo con los resultados del Test AUDIT (Saunders y cols., 1993).

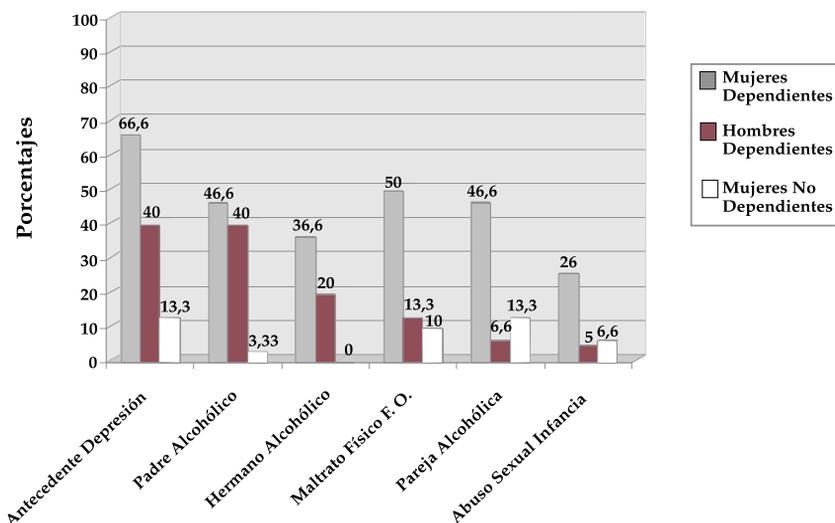
Finalmente, para la composición del grupo de hombres dependientes de alcohol, se realizó el mismo procedimiento que en el caso de las mujeres dependientes. Es decir, se contactó con los centros, y a través del personal técnico, aquellos interesados en participar en la investigación, acudieron a las dependencias de los diferentes centros. Una vez allí, se procedió a la cumplimentación de las pruebas, tras la explicación oportuna de las instrucciones. En todos los casos, y así como en el grupo anterior, los participantes estuvieron de acuerdo en colaborar, tras haber sido debidamente informados de los objetivos de las pruebas y la investigación.

Tras la obtención de los datos mediante la administración de la entrevista, se procedió a efectuar un análisis estadístico de los mismos, recurriendo para ello al paquete estadístico SPSS, versión 12.0 para Windows. Se comenzó por un análisis descriptivo de los datos, para continuar con la aplicación de la prueba chi-cuadrado con la finalidad de determinar la discrepancia entre dos variables cuantitativas divididas en K categorías.

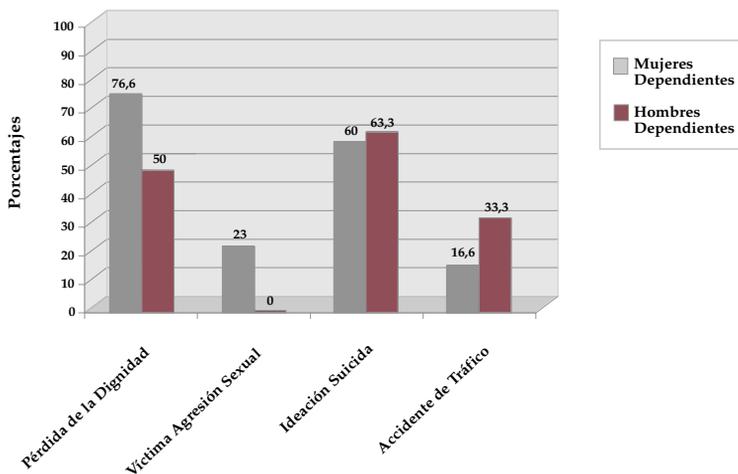
### 3. RESULTADOS

En la Figura 1 se exponen los resultados obtenidos a partir del protocolo de entrevista semiestructurada. En primer lugar, se observan los valores para cada uno de los tres grupos estudiados en relación a los acontecimientos vitales previos. A continuación, se detallan aquellas consecuencias de carácter individual y/o personal debidas a la dependencia de alcohol, tanto en mujeres alcohólicas, como hombres alcohólicos (Figura 2). De igual modo, se recogen cuáles son aquellas consecuencias vinculadas a la dependencia alcohólica que tienen su impacto tanto en las relaciones de pareja, como familiares, para ambos géneros (Figura 3). Finalmente, se presentan las consecuencias sociales y laborales de la dependencia de alcohol, tanto en mujeres, como hombres alcohólicos (Figura 4).

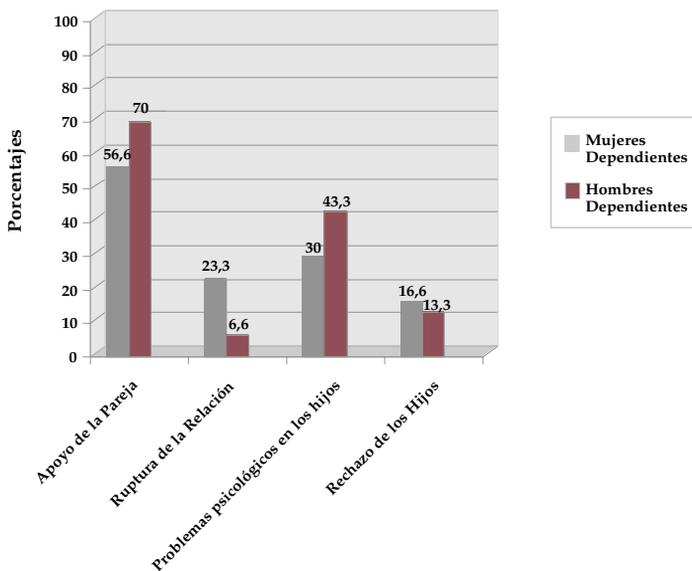
**Figura 1. Acontecimientos Vitales Previos**



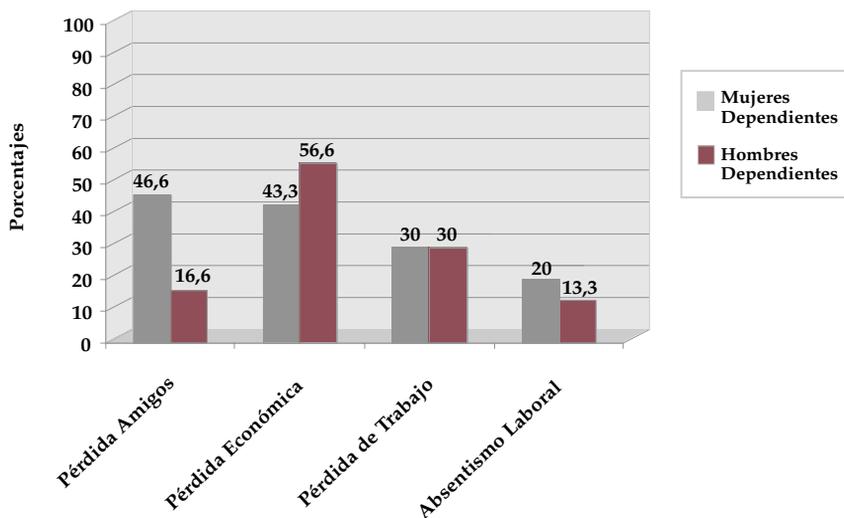
**Figura 2. Consecuencias Personales de la Dependencia de Alcohol**



**Figura 3. Consecuencias Familiares y de Pareja en la Dependencia de Alcohol**



**Figura 4. Consecuencias Sociales y Laborales de la Dependencia de Alcohol**



Mediante las correspondientes pruebas chi-cuadrado se analizaron las diferencias entre ambos grupos, en relación con las siguientes variables: antecedente por depresión, antecedente de padre alcohólico, presencia de hermano alcohólico, antecedente de maltrato físico por la familia de origen, presencia de pareja alcohólica, antecedente de abuso sexual en la infancia. Del mismo modo también se someten a contraste mediante esta prueba estadística las consecuencias de la dependencia alcohólica: pérdida de la dignidad, ser objeto de agresión sexual en estado ebrio, presencia de ideación suicida, sufrir accidente de tráfico, recibir apoyo de la pareja, sufrir ruptura de la relación de pareja, presencia de problemas psicológicos en los hijos, sufrir rechazo afectivo por parte de los hijos, pérdida de amigos, económica, de trabajo, y absentismo laboral.

Tras aplicar la prueba de chi-cuadrado con el fin de contrastar los grupos de mujeres dependientes de alcohol el formado por mujeres no dependientes de alcohol, se observan diferencias estadísticamente significativas, con una  $p < 0,05$  en las variables que se recogen a continuación:

- Antecedente por depresión: El 66,6 % de las mujeres dependientes de alcohol presentan antecedente por depresión, en contraste con el 13,3 % de las mujeres no dependientes.
- Antecedente de padre alcohólico: El 46,6 % de las mujeres alcohólicas (casi la mitad de la muestra) cuenta con antecedente de padre alcohólico, a diferencia del grupo de no dependientes, donde sólo sucede esto en el 3,3 % de los casos.
- Presencia de hermano alcohólico: El 36,6 % de las mujeres alcohólicas posee un hermano alcohólico, mientras que ello no sucede en ningún caso de los que integran la muestra de mujeres no dependientes.
- Antecedente de maltrato físico por la familia de origen: Esta variable se halla presente entre el 50 % de los casos dentro del subgrupo de mujeres alcohólicas, a diferencia de las mujeres no alcohólicas, donde sólo se manifiesta en el 10 % de los casos.
- Presencia de pareja alcohólica: El 46,6 % de las mujeres dependientes de alcohol tienen o han tenido pareja alcohólica, mientras que este hecho sólo aparece en el 13,3 % de las mujeres no alcohólicas.
- Antecedente de abuso sexual en la infancia: El 26 % de las mujeres integrantes del grupo de alcohólicas declara haber sido objeto de abuso sexual en la infancia, a diferencia del grupo de mujeres no dependientes de alcohol, en el que este sólo se recoge en el 6,6 % de los casos.
- Igualmente, se sometió a contraste mediante la prueba de chi-cuadrado las diferencias halladas entre los grupos de mujeres dependientes de alcohol y hombres dependientes de alcohol, para cada una de las variables estudiadas, encontrándose que para una  $p < 0,05$ , resultaron estadísticamente significativas las que se recogen a continuación:
- Antecedente por depresión: El 66,6 % de las mujeres dependientes de alcohol presentan antecedente por depresión, mientras que entre la muestra de hombres dependientes dicha variable aparece en el 40 % de los casos.
- Antecedente de maltrato físico por la familia de origen: El 50 % de las mujeres dependientes de alcohol manifiesta haber sufrido maltrato físico por parte de algún miembro de la familia de origen, mientras que esto sólo sucede en el 13,3 % de los hombres dependientes de alcohol.

- Presencia de pareja alcohólica: El 46,6 % de mujeres alcohólicas tiene o ha tenido pareja alcohólica, mientras que este hecho solo se recoge en el 6,6 % de los hombres alcohólicos.
- Antecedente de abuso sexual en la infancia: El 26 % de las mujeres dependientes de alcohol afirma haber sido objeto de abuso sexual durante la infancia, en contraste con el 5 % de hombres que manifiestan este hecho.
- En cuanto a las consecuencias generadas por la dependencia de alcohol, sólo resultaron estadísticamente significativas las diferencias halladas entre los dos grupos de mujeres alcohólicas y hombres alcohólicos, para tres variables del total de estudiadas:
- Pérdida de la dignidad: El 76,6 % de las mujeres dependientes de alcohol señalaron entre las consecuencias de su dependencia, la pérdida de la dignidad personal, mientras que en los hombres dependientes, este porcentaje, sólo alcanzó hasta un 50 %.
- Ser objeto de agresión sexual: El 23 % de mujeres dependientes de alcohol declararon haber sido objeto de agresión sexual en estado ebrio, en contraste con el 0 % de los hombres dependientes.
- Pérdida de amigos: El 46,6 % de las mujeres dependientes de alcohol manifiesta haber sufrido la pérdida de amigos como consecuencia de su dependencia, mientras que entre los hombres dependientes, este hecho sólo se recoge en el 16,6 % de los casos.

Finalmente, y a pesar de no ser confirmado por la prueba de chi-cuadrado, es destacable por hallarse cerca del umbral de significación estadística, que el 56,6 % de las mujeres alcohólicas, mantienen el apoyo de su pareja, mientras que en los hombres alcohólicos, esto sucede hasta en el 70 % de los casos; y que, en el 23 % de las mujeres alcohólicas, se rompe su relación de pareja como consecuencia de la dependencia, a diferencia de los hombres alcohólicos, donde esto ocurre sólo en un 6,6 %.

#### 4. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio es llevar a cabo la comprobación de una serie de hipótesis, formuladas anteriormente, con el fin de conocer las características que describen a la mujer dependiente de alcohol, y que las diferencian de la mujer no adicta a esta sustancia y del hombre dependiente.

Nos referimos a los antecedentes por depresión, a los antecedentes por alcoholismo en la familia, a la presencia de pareja abusadora de alcohol, así como el haber sido víctima de violencia familiar o abuso sexual.

También se ha estudiado dentro de las consecuencias acarreadas por la dependencia de alcohol, la presencia manifiesta de pérdida de la dignidad, el haber sido objeto de agresión sexual en estado ebrio, la presencia de ideación suicida, el haber sufrido accidente de tráfico, recibir apoyo de la pareja, el haber sufrido ruptura de la relación de pareja, la presencia de problemas psicológicos en los hijos, el haber sufrido rechazo afectivo por parte de los hijos, la pérdida de amigos, las pérdidas económicas, de trabajo, y el absentismo laboral.

Los antecedentes por depresión observados en las mujeres dependientes se podrían relacionar con los resultados de la investigación de Ambrogne (1999), de acuerdo con la cual las mujeres emplean el alcohol y otras drogas con la finalidad de aliviar sentimientos de inadecuación y depresión.

Por otro lado, los datos aportados por la entrevista semiestructurada coinciden con las conclusiones de Alonso-Fernández (1998), el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos (2005), Jiménez (2000), Larrazabal, Sanz y Landabaso (2002), Llopis (2003), Lown y Vega (2001), Martínez-Raga y cols. (2002), Wietchelt y Sales (2002), respecto de la fuerte asociación que existe entre ser víctima de malos tratos o de abuso sexual en la infancia y el alcoholismo femenino. Existe un predominio claro entre las mujeres dependientes de alcohol de antecedentes por maltrato físico desde la familia de origen, así como de abuso sexual en la infancia, si se compara con las mujeres no dependientes o los hombres dependientes de alcohol. Parece ser que estos acontecimientos vitales traumáticos guardan una relación cercana con la predisposición de la mujer a padecer dependencia de alcohol.

La importante incidencia de padre alcohólico entre las mujeres alcohólicas de nuestro trabajo se suma a la cantidad de literatura que señala la influencia del alcoholismo paterno entre dicha población (Ávila, 1996; Griffin, 2005; Hidalgo, Jumilla, Lobregad y Ruíz, 2000; Martínez Hurtado, 2001;). Esto lleva a considerar a los antecedentes familiares de alcoholismo como un factor de riesgo clave en la etiología de la dependencia de alcohol, tanto en la mujer, como en el hombre.

De igual modo, la existencia significativa de pareja abusadora de alcohol entre las mujeres dependientes encontrada en este estudio co-

incide con lo señalado por Alonso-Fernández (1998) en torno al hecho de que la mujer alcohólica llega a serlo después de haberse casado. Este dato no tiene especial relevancia entre los hombres dependientes ni entre las mujeres no dependientes. Se puede concluir que una mujer que mantiene una relación de pareja con un hombre alcohólico, posee un riesgo significativo de convertirse ella también en dependiente de alcohol.

Entre las consecuencias personales de la dependencia alcohólica, la pérdida de dignidad manifestada es mayor entre las mujeres que entre los hombres, siendo así de forma estadísticamente significativa. Esto podría hallarse en consonancia con la mayor estigmatización social que sufre la mujer alcohólica, en contraste con el hombre. Igualmente, también se observa un porcentaje elevado de mujeres alcohólicas con ideación suicida, dato que podría estar relacionado con el mayor índice de tentativas suicidas de esta población (Jiménez, 2000), a pesar de que no se recogen diferencias significativas con respecto al grupo de los hombres.

También como era de esperar, y en conformidad con lo apuntado por Gradillas (2001), existe una importante presencia entre las mujeres dependientes de alcohol, de atentados contra la libertad sexual, lo cual no sucede entre los hombres dependientes.

En cuanto a las consecuencias familiares y de pareja ocasionadas por la dependencia de alcohol, entre la muestra de mujeres incluidas en el presente estudio, los resultados recogen la importancia del impacto de la dependencia alcohólica femenina sobre las áreas familiar y social, lo que coincide con la literatura encontrada a este respecto (Bolet y Socarrás, 2003; Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, 2005; Lloret, 2001; Steinglass, 1993). Sin embargo, no se puede concluir que las diferencias con respecto a la muestra de hombres dependientes sean estadísticamente significativas. De este modo, la afirmación de Jiménez (2000) en torno al supuesto mayor impacto que el alcoholismo femenino genera sobre el área familiar, en contraste con el alcoholismo masculino, en el que destacarían las complicaciones laborales, no se halla respaldada por la presente investigación. No obstante, aunque las divergencias entre los dos grupos no sea significativa, sí que se aprecian tendencias que convendría estudiar de forma más exhaustiva en futuras investigaciones. De este modo, el alcoholismo femenino parece generar más consecuencias negativas para la relación de pareja que el masculino. En lo que a los hijos se refiere, el análisis

descriptivo aporta datos contrarios al estudio de Jiménez (2000), y más acordes al postulado de Larrazabal, Sanz y Landabaso (2002), puesto que se aprecia una cierta tendencia según la cual, el alcoholismo materno generaría menos problemas psicológicos en los hijos, que el alcoholismo del padre. Finalmente, no se recoge de forma evidente que el alcoholismo de la madre genere más rechazo emocional en los hijos, que en el caso de un padre alcohólico. Como ya se ha aludido, estos datos merecen ser tenidos en cuenta para investigaciones posteriores, a pesar de que en el presente estudio no hayan sido confirmados por el análisis estadístico.

En lo que se refiere al área de las consecuencias sociales del alcoholismo en la mujer, se ha registrado una elevada frecuencia en la pérdida de relaciones de amistad para la muestra de mujeres alcohólicas, hecho que, difiere de forma estadísticamente significativa, en contraste con la muestra de hombres alcohólicos, y que al mismo tiempo, trae a relucir una vez más, el menor nivel de habilidades sociales de la mujer, frente al hombre, así como el mayor rechazo social del que es objeto el alcoholismo femenino, en contraposición con el masculino.

Cabe decir también, y como suma de lo ya mencionado, que este resultado aconseja tomar en consideración la tesis de Thundal, Granbom y Allebeck (1999) sobre la importancia de la retroalimentación entre, por un lado, la dependencia alcohólica femenina y, por otro, el deterioro de la red social.

En último lugar, las consecuencias laborales y pérdidas económicas generadas por la dependencia de alcohol no difieren de forma significativa entre hombres y mujeres, si bien, la pérdida económica aparece algo más vinculada al alcoholismo masculino. También, y tal y como sucede en el caso anterior, los resultados no permiten concluir que las consecuencias negativas sobre el terreno laboral tengan mayor frecuencia entre los hombres dependientes de alcohol, que entre las mujeres que padecen este trastorno, como recogía en su investigación Jiménez (2000). Esta discrepancia puede ser el fruto de un efecto contaminante que supone el hecho de que las mujeres con una determinada edad y nivel sociocultural, realicen tareas laborales que no consten como tales para la administración, hallándose por lo tanto, dentro del terreno de la llamada economía sumergida, lo que conlleva estar sometido a parámetros distintos de la actividad laboral desempeñada de forma habitual por el hombre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, F. (1998). *Los secretos del alcoholismo*. Madrid: Ediciones Libertarias.
- Ambrogne, A. (1999). Patterns of compensation in alcohol-dependence women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (3-B), 1025.
- Ballesta, R., Lozano, O., Bilbao, I. y González, F. (2003). *Estudio de Evolución del Informe 1987-2003 (Los andaluces ante las drogas)*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Bolet, M. y Socarrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 22 (1), 25-31.
- Del Corral, S., Pamos, A., Pereña, J. y Seisdedos, N. (2001). *TPT. Test de Personalidad de TEA*. Madrid: TEA.
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Aljibe.
- Griffin, M., Amodeo, M., Fassler, I., Ellis, M. y Clay, C. (2005). Mediating factors for the long-term effects of parental alcoholism in women: The contribution of other childhood tresses and resources. *American Journal on Addictions*, 14 (1), 18 – 34.
- Hidalgo, M., Jumilla, F., Lobregad, C. y Ruiz, D. (2000, Octubre). *Características sociobiográficas de las mujeres alcohólicas atendidas en una Unidad de Alcoholología de la Comunidad Valenciana*. Comunicación presentada al I Simposium sobre Adicción en la Mujer. Madrid.
- Jiménez, M. (2001). Alcoholismo femenino. *Jano*, 59 (1361), 10-14.
- Llopis, J., Castillo, A. y Rebullida, M. (2003). *Adicciones*, 15 (1), 53-55.
- Larrazabal, A., Sanz, J. y Landabaso, M. A. (2002). *Implicaciones clínicas y terapéuticas del alcoholismo femenino tardío*. III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1 (1), 113-130.
- Lown, A. y Vega, W. (2001). Alcohol Abuse or Dependence Among Mexican American Women Who Report Violence Alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, 25, 1479-1486.
- Martín del Moral, M., Geroná, J. L. y Lizasoain, I. (1999). Alcohol (V). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso del alcohol. Tratamiento de la dependencia alcohólica. En P. Lorenzo; J. Ladero; J. Leza y I. Lizasoain. *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología y legislación* (pp. 283-316). Madrid: Médica Panamericana.
- Martínez, M. y Rubio, V. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez-Raga, J., Keaney, F., Marshall, E., Ball, D., Best, D. y Strang, J. (2002). Positive or negative history of childhood sexual abuse among problem drinkers: relationship to substance use disorders and psychiatric co-morbidity. *Journal of Substance Use*, 7 (1), 34-40.

- Navarro, J. (2003). *Los andaluces ante las drogas VIII*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198 (1), 11-4.
- Sirvent, C. (2001). *Mujer y Adicción*. Comunicación presentada a las Jornadas de la Fundación Andaluza de Drogodependencias. Marbella.
- Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, J. y Reiss, D. (1993). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Thundal, K., Granbom, S. y Allebeck, P. (1999). Women's alcohol dependence and abuse: the relation to social network and leisure time: original article. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (1), 30-37.
- National Institute on Abuse of Alcohol and Alcoholism (2005). *Alcohol. A women's health issue*. Maryland: National Institute of Health. U. S. Department of Health and Human Services.
- Wiechelt, A. y Sales, E. (2002). The role of shame in women's recovery from alcoholism: The impact of childhood sexual abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1 (4), 101-116.

---

## CONSTRUYENDO SALUD: DE LAS EVOLUCIONES TEÓRICAS A LAS APLICACIONES PRÁCTICAS

---

**Paulo Moreira**  
*Universidad Lusíada do Porto, Portugal*

**Lorena Crusellas**  
*ONG Prevenir, Portugal*

**Filipa Machado Vaz y  
Ana Pinheiro**  
*Universidad de Minho, Portugal*

Recibido: 13-09-2006. Aceptado: 26-10-2006

### RESUMEN

---

Este artículo explora la salud como un concepto organizador de las sociedades modernas. Comenzando por un encuadramiento del paradigma dominante de la salud, son enfatizados los aspectos que favorecen la comprensión del concepto de salud en la actualidad. En este trabajo se describe un modelo que operacionaliza las dinámicas entre variables de salud: el Modelo Holístico de Salud. Las implicaciones prácticas de este modelo para la promoción de la salud y la prevención son descritas. Son explorados varios contextos de intervención en la modificación y evolución de los significados y comportamientos de salud en la población.

**Palabras clave:** *escuela; prevención; salud; promoción de salud; psicología; variables socio-afectivas.*

---

#### Correspondencia:

Paulo Moreira  
Universidade Lusíada do Porto  
Rua Dr. Lopo de Carvalho - 4369-006 Porto  
E-mail: paulomoreira@por.ulusiada.pt;

## ABSTRACT

---

In this paper we explore the concept of health as a central domain in modern societies. By describing the health modern paradigm, we highlight several aspects that are related to the modern concept of health. A model describing the dynamics of several domains and aspects of health is presented: the Health Holistic Model. Practical applications of the health holistic model to health promotion and prevention are described. Particular attention is given to specific intervention contexts that may have a very significant role in the modification and evolution of processes related to health meanings and behaviours in general population.

**Key words:** *health; health promotion; prevention; psychology; school; social-affective variables.*

## CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES FILOSÓFICAS

---

La existencia del Hombre ha estado siempre orientada a la satisfacción de sus necesidades, ocupando todos los esfuerzos y actividades del ser humano para conseguir el bienestar, principalmente el bienestar físico.

Al principio, en la Antigua Grecia (época fundamental para el entendimiento de las sociedades occidentales, así como de sus concepciones del ser humano y de sus características, especificidades y individualidades), con el sello inconfundible de la influencia de Platón; el ser humano surge como un ser unido. Se aboga por una centralización individual, en la que el ser humano es concebido como una unidad, en que lo físico y lo psicológico se influyen, constituyéndose como unidades codependientes, bidireccionalmente determinadas.

A pesar de esto, algunos siglos después, en la modernidad anunciada de la mano de Descartes, la comprensión del ser humano y de su identidad sufre una alteración con repercusiones hasta la actualidad.

Surge la dualidad entre el cuerpo y la mente, que Descartes consideraba caracterizar a la naturaleza humana, dominado por un imperialismo racional, apartado de la realidad corporal.

Conceptualizando el ser humano dualísticamente, en que el cuerpo se constituye como una realidad separada de la mente, sin cualquier posibilidad de interferencia, Descartes rescribe el entendimiento del ser humano y

se inicia una nueva construcción social, en el nivel de la salud, particularmente de la Medicina y de la Biología, presente hasta nuestros días.

La satisfacción de las necesidades del ser humano pasa a estar determinada por un Modelo Biomédico, en el que la salud y la enfermedad son considerados dos estados mutuamente excluyentes, dos polos opuestos, negándose la continuidad entre ellos. Basado en el dualismo cartesiano, que postula por la no interdependencia entre el cuerpo y la mente, la salud y el bienestar pasan a ser considerados como un estado, no un proceso.

El racionalismo totalitario rechaza la influencia de cualquier estado emocional, factor psicológico (ej. personalidad) el social (ej. apoyo social) en la salud, convirtiendo al individuo totalmente dependiente de factores biológicos para alcanzar el bienestar y, de la Medicina para su mantenimiento.

En consecuencia, surge una concepción limitada de la enfermedad, basada en este modelo dualista cuerpo-mente, con presupuestos simplistas de causalidad linear y con una intervención centrada únicamente en el ámbito de la salud física.

#### CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES DE LA CIENCIA

Las necesidades del hombre en nuestros días, se han vuelto más complejas, tendiéndose, cada vez más, a un mayor nivel de abstracción de las necesidades (Moreira, Gonçalves y Beutler, 2005) como ocurre con el bienestar subjetivo y con la conciencia de la influencia de estos factores al nivel de los aspectos físicos y somáticos.

La medicina tradicional ha sido criticada por la forma como percibe el concepto de salud, exclusivamente basada en parámetros del cuerpo. Varios autores han criticado esta postura por su reduccionismo, no considera los factores del comportamiento, psicológicos y sociales en la concepción de la enfermedad (Engel, 1977; McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992). El dualismo mente-cuerpo ha sido puesto en causa, al separar los aspectos psicológicos de los aspectos somáticos de la enfermedad (Engel, 1977, 1980).

Engel (1977), en el intento de superar las limitaciones del modelo médico vigente y de la insuficiencia explicativa de comprensión del dualismo cartesiano del ser humano, explicación distante y no aplicada a la realidad que vivimos, alarga la conceptualización de la salud, del bienestar, y de los factores que contribuyen para el origen o mantenimiento de la enfermedad.

En un modelo claramente innovador y revolucionario, Engel defiende la necesidad de ampliar la concepción de la enfermedad, incluyendo factores psicosociales, sin sacrificar las ventajas de la perspectiva biomédica vigente.

Surge así, un nuevo modelo que pasa a integrar no sólo los componentes biológicos (genética, conocimiento del virus, bacterias, etc.), sino también, los psicológicos (aspectos que influyen en la salud y la enfermedad como: creencias, cogniciones, expectativas, emociones, comportamientos, etc.) y todos los factores del entorno: económicos y sociales (Ej.: normas sociales de comportamiento, grupo étnico, estatus socio-cultural, etc.).

La ciencia y la investigación, que en los últimos siglos han seguido una tradición extremadamente dicotómica (en que las cuestiones del cuerpo eran relativas a la medicina y las cuestiones del alma eran relativas a la religión) comienzan a dirigirse hacia una postura conciliadora en que se reconoce la interferencia de los varios componentes en el sistema total.

Esta conceptualización alcanza la notoriedad máxima cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), en una clara ruptura con el modelo médico tradicional, redefine el concepto de Salud como un *“estado de bienestar físico, mental y social total y no, sólo como la falta de salud.”*

Otro ejemplo de la conceptualización de la salud como estado holístico es el modelo de O'Donnell, (1986), que conceptualiza la salud como resultado de cinco dimensiones importantes: 1) salud emocional (gestión del estrés y atención de las crisis emocionales); 2) salud intelectual (educación, desarrollo y realización intelectual); 3) salud social (relación con los amigos, la familia y la comunidad); 4) salud espiritual (abarca aspectos como: el amor, la esperanza, la caridad y los objetivos de vida) y 5) salud física (condición física, alimentación y cuidados médicos).

Se retoma la perspectiva holística del ser humano, en la que lo físico y lo psicológico se constituyen como una única realidad, en la que el individuo es visto como un todo, una síntesis compleja de múltiples dimensiones (física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpersonal y socio-cultural), que se refleja en la salud y en la enfermedad.

El sujeto se asume como agente activo de sus propios estados de salud y de enfermedad y, por tanto, como actor en los procesos de búsqueda, mantenimiento y recuperación de su salud.

## CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES HISTÓRICAS Y SOCIALES

Gracias a la toma de conciencia de la comunidad científica en general, de la influencia determinante de los múltiples componentes necesarios para la salud y el bienestar, se asiste a intentos de evaluar: el impacto de las variables psicológicas en el bienestar físico del individuo y su contribución en la etiología, desarrollo o mantenimiento de las enfermedades físicas, integrando ya, elementos sociales y del contexto en su comprensión.

Pero a pesar de todo, la nueva conceptualización de la salud y del bienestar, tal como la necesidad de intervención en la salud y en la enfermedad de una forma más compleja y multidisciplinar, surge encuadrada y integrada en un contexto histórico y cultural, que permite su enraizamiento social: 1) Interés por las llamadas enfermedades psicosomáticas, después de la II Guerra Mundial; 2) Aparición, en la mitad del siglo XX, de disciplinas de la medicina que recogen la valorización de los factores psicológicos en la etiología y mantenimiento de la enfermedad, como la medicina psicosomática, la psicología médica y la medicina comportamental (Ej.: en 1911 tiene lugar la primera reunión anual de la *American Psychological Association*, con el intento de debatir la participación de los profesionales de psicología en los contextos tradicionales de salud y de enfermedad, posteriormente, en 1973 en los E.U.A., se crea en el seno de la *American Psychological Association* un campo en *health research*, con la intención de estudiar la naturaleza y de ampliar las variables psicológicas a los aspectos comportamentales de las enfermedades físicas y concomitantemente, al mantenimiento de la salud); 3) reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de factores comportamentales en determinadas enfermedades, asociados a una elevada mortalidad y morbilidad.

Estos cambios en el seno de la medicina están asociados con el desarrollo de un nuevo modelo médico que pasa a reconocer la influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad física. La enfermedad y la salud pasan a ser considerados procesos dinámicos, en constante evolución, explicados por una multicausalidad en la que se tiene en cuenta la relevancia de los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales.

En conclusión, hemos visto que las concepciones de la salud desde las diversas áreas (filosóficas, científicas, históricas y sociales) han ido convergiendo cada vez más, para el holismo del ser humano y de la Salud

como un estado global y no apenas limitado a determinadas variables. Estas concepciones de diferentes áreas, proporcionaron el desarrollo de investigaciones que han validado empíricamente el carácter holístico de la salud.

### *LA INVESTIGACIÓN EN BUSCA DE LA UNIDAD PERDIDA: ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS EN EL SER HUMANO*

---

*“Many times it is more important to know what kind of patient has the disease than what kind of disease the patient has.” (Rosch, 1987)*

A pesar de que los estudios sobre la comprensión de la influencia de los factores psicológicos, tales como, los rasgos de la personalidad, las reacciones emocionales o los estilos de *coping* “enfrentamiento”, que suponen un aumento del riesgo de aparición de determinadas enfermedades médicas, no son algo reciente, en los últimos quince años se ha observado un renovado interés por la comunidad científica en los mismos.

Basada en el nuevo modelo biopsicosocial de la salud y de la enfermedad, en el que la salud es concebida como “estado de bienestar físico, mental y social total y no, únicamente por la falta de salud” (OMS, 1948) y en una conceptualización holística y integradora del ser humano, la comunidad científica ha estudiado, intentando comprender la influencia de múltiples factores psicosociales en el mantenimiento de la salud y el bienestar y en la etiología y la evolución de la enfermedad.

#### **1. VARIABLES PSICOLÓGICAS**

De entre las múltiples variables existentes, destacamos las que consideramos de mayor importancia y cuyos resultados han supuesto las bases para la comprensión del individuo como un ser holístico, física, psicológica y socialmente influenciado: la personalidad (rasgos, mecanismos de *coping*, creencias y actitudes), apoyo social y variables afectivas.

##### *1.1. Personalidad*

La relación entre los trazos de la personalidad y las características psicológicas tiene su origen en la medicina pré-cartesiana. En esa época

se creía que ciertas emociones fuertes estaban relacionadas con el surgimiento de la enfermedad. Estas emociones fuertes activarían el Sistema Nervioso Simpático y consecuentes descargas sucesivas de los órganos fisiológicos, que resultaban en alteraciones de los varios sistemas.

Ya en la primera mitad del siglo XX, algunos autores (ej., Dunbar, 1943), comienzan a enfatizar el papel de los conflictos emocionales crónicos, como estando relacionados con la etiología de las enfermedades físicas. Esta conceptualización gana mayor relevancia algunas décadas después, con numerosos autores (p.ej., Engel, 1977) que sugieren que determinadas características individuales como, desistir, depresión y incapacidad de expresar emociones, estaban relacionadas con una susceptibilidad general a la enfermedad. La etiología de la enfermedad pasa a ser considerada como un producto de la interacción entre el yo y el propio ambiente, pasando a considerarse un acto de clara negligencia profesional el no tener en cuenta alguno de estos componentes.

A través del desarrollo de varios estudios prospectivos, las relaciones causales entre los trazos de la personalidad y el desarrollo de determinadas condiciones médicas, han ido exponencialmente entendiéndose (Barefoot et al., 1989; Kawachi et al., 1998; Kubzansky, Sparrow, Vokonas y Kawatchi, 2001; Siegler et al., 1990).

La investigación ha sugerido que factores de la personalidad como la preocupación somática excesiva o la negación de las dificultades emocionales o interpersonales, producen un aumento en la vulnerabilidad individual; no sólo en la capacidad de enfrentarse al dolor, particularmente al dolor crónico (Arbisi y Butcher, 2004), sino también en la recuperación tras algún tipo de lesión grave (Carrage, 2001).

Diversos estudios han encontrado relaciones entre la Personalidad Tipo A, con las enfermedades coronarias (Ej.: Western Collaborative Group Study, 1976; Williams, Haney, Lee, Kong, Blumentahl y Whalen, 1980; (Kawachi et al., 1998) y el aumento de hipertensión (e.g. Yan et al., 2003). Existe también un fuerte soporte empírico para la relación entre la hostilidad y el aumento de riesgo de enfermedades coronarias y, como consecuencia, mayor mortalidad (Barefoot, Dodge, Peterson, Dahlstrom y Williams, 1989; Barefoot et al., 1989; Kawachi et al., 1998; Kawatchi, Sparrow, Spiro, Vokonas, Pantel y Weiss, 1996; Kubzansky y tal., 2001; Sesso, Kawatchi, Vokonas y Sparrow, 1998; Siegman, Kubzansky, Kawatchi, Boyle, Vokonas y Sparrow, 2000).

Un reciente estudio descubrió resultados que apuntan que: niveles de hostilidad elevados durante la edad escolar o el aumento de la hos-

tilidad en la edad adulta, se constituyen como factores de riesgo para la enfermedad, tal como el aislamiento social y la obesidad (Siegler et al., 2003).

De estos resultados, se destaca la necesidad de desarrollar programas de prevención claramente dirigidos a un nivel de desarrollo más precoz, centrados en determinadas variables psicológicas, para poder evitar la aparición de psicopatologías que podrán tener graves consecuencias físicas en el futuro.

## 1.2. *Apoyo social*

Constituyéndose el ser humano como un ser eminentemente social, las influencias del entorno asumen en el bienestar del individuo y, en los procesos de salud y de enfermedad, un destacado papel, especialmente en las relaciones que establecemos con los demás.

El apoyo social, caracterizado como los recursos disponibles que el individuo tiene a través de las interacciones que establece con los demás, se constituirá como el factor protector más importante para el mantenimiento de la salud y, cuya falta ocasionará enfermedad.

Uno de los estudios más significativos sobre la influencia del apoyo social en la salud y en la enfermedad, fue realizado por Berkman y Syme (1987). A través de un estudio prospectivo, midieron el apoyo social de 4700 hombres y mujeres durante nueve años y verificaron que, independientemente del sexo y de la edad, las personas con una red social amplia, tenían tasas de mortalidad menores. Las que tenían una menor red social, presentaban mayores tasas de mortalidad.

Otro reciente estudio, con resultados bastante prominentes, fue realizado por Stilley, Miller, Gayowski y Marino (1998), verificándose que la no adhesión a los tratamientos se constituía como la principal causa de muerte de los enfermos sujetos a un transplante. La falta de adhesión al tratamiento es, en la mayoría de los casos, resultado de la falta de soporte social y de padrones desajustados de *coping* con la enfermedad.

La presencia de estos factores, se convierte en un elevado riesgo para el individuo, al mismo tiempo que se asume un elevado coste para la sociedad, porque conlleva a un mayor número de hospitalizaciones y, como consecuencia, al aumento de los costes médicos con este tipo de pacientes.

### 1.3. Variables afectivas

Recientemente, las variables afectivas que colaboran para el bienestar del individuo y para su estado de salud, han sido objeto de densos estudios en las más variadas áreas de investigación. Este interés alcanza su máxima expresión con los descubrimientos de António Damásio, que otorgan un papel central, innegable, a las emociones en la adaptación del individuo, refutando indiscutiblemente, el dualismo cartesiano de separación entre el cuerpo y la mente y el imperialismo racional.

Las capacidades de expresión, diferenciación y regulación emocional, se constituyen como competencias determinantes, no sólo para el bienestar individual, sino también para enfrentarse al estrés cotidiano y a la enfermedad.

Las emociones se constituyen como pilares organizativos del ser humano, al tiempo que la incapacidad de gestión emocional se constituye como factor de riesgo grave para el desarrollo de una enfermedad.

La presencia de factores como un elevado estrés emocional, inestabilidad emocional y ciertos rasgos de la personalidad, se constituyen como una gran incapacidad para que un paciente pueda soportar con éxito un trasplante de cualquier órgano (Singer, Ruchinskas, Riley, Broscheck y Barth, 2001). Por esta razón, las reacciones emocionales desajustadas, podrán colocar en riesgo la supervivencia de un individuo que aguarda un trasplante que le podrá salvar la vida.

Así, la incapacidad del individuo de gestionar sus emociones, en situaciones de elevado estrés, constituye un handicap severo, no sólo del bienestar, sino también de la supervivencia. Por ejemplo, un elevado estrés emocional, en pacientes que padecen enfermedades crónicas, les produce grandes dificultades para su recuperación (Vendrig, 1999).

Al mismo tiempo, la incapacidad de lidiar con reacciones emocionales de forma adaptada, puede llevar a una pobre regulación emocional, generando hostilidad, que tendrá un efecto directo en el aumento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco y aumento de los niveles de cortisol, tras la exposición a un estímulo estresante (Suarez, Khun, Schanberg, Williams y Zimmerman, 1998).

Una de las emociones que han sido objeto mayor de estudio y de comprensión de los procesos de salud y enfermedad, ha sido la rabia. Diversos estudios demostraron que la expresión y la regulación des-

ajustada de la rabia, eran consideradas como importantes factores de riesgo para la aparición de enfermedades coronarias. Individuos que se irritan fácilmente, gritan y están continuamente enfadados, son un grupo de mayor riesgo. Un estudio longitudinal, realizado con 1881 veteranos, demostró que aumentos en la expresión de la rabia, estaban asociados al aumento exponencial de riesgo de enfermedad cardíaca (Kawachi et al., 1996).

## 2. CONDICIONES FÍSICAS

Al mismo tiempo, la comprensión de la unidad y holismo humano no se acaba en la salud y en el bienestar, sino que también es determinante en los procesos de enfermedad. Constituyéndose el proceso de salud y enfermedad como un continuo, también en la enfermedad es posible comprobar la bidireccionalidad entre los componentes físicos y psicológicos, estos últimos, determinantes de la etiología y desarrollo de la mayoría de las enfermedades.

De una amplia gama de enfermedades, cuyos estudios han probado esta interacción, destacamos los estudios realizados con enfermos de cáncer, dolor crónico, hipertensión, cefaleas y estrés.

### 2.1. *Cáncer*

Es con el cáncer que los estudios han demostrado una influencia innegable de las variables psicológicas en la evolución y pronóstico de determinada condición física.

También en el cáncer, los rasgos de personalidad se constituyen como un factor protector o un eventual factor de riesgo determinante en la evolución de la enfermedad. Personas con propensión para el cáncer, tienden a ser personas excesivamente cooperativas y pacientes, no asertivas, defensivas, con incapacidad para expresar sus emociones, y incapaces de enfrentarse al estrés interpersonal, lo que les provoca sentimientos de depresión y desespero, y, en consecuencia, elevados niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias. Un estudio longitudinal realizado en 1982 por Thomas y col., en novecientos trece alumnos de medicina, demostró que veinte de los alumnos que tuvieron cáncer, tenían falta de ligación afectiva con sus padres.

A pesar de las críticas expuestas a estos estudios (muchos no tenían en cuenta factores de riesgo como por ejemplo fumar, para la aparición

del cáncer), se puede concluir que aunque la personalidad no está directamente relacionada con la etiología del cáncer, tiene ciertamente un papel clave en su evolución.

## 2.2. Dolor crónico

El fenómeno del dolor ha sido discutido y investigado desde diferentes perspectivas en los últimos años. Sin embargo, gran parte de este esfuerzo se basó en una concepción mecanicista de los procesos del dolor, donde se asistía a un intento de probar una causalidad linear, así como, de crear una especie de mapa, desde el punto de vista físico, de los circuitos del dolor (Hom y Manufo, 1997; Soares, 1999).

Como el dolor es concebido como incontrolable, frecuentemente se encuentra en la etiología de perturbaciones tanto físicas, cefaleas, como psicopatológicas, depresión.

Considerado al inicio, únicamente como resultado de una lesión física, los nuevos modelos de conceptualización de salud y de enfermedad, basados en la perspectiva holística del ser humano, demostraron que ningún factor aislado (patofisiológico, psicológico o social) puede explicar adecuadamente el estatus del dolor crónico, defendiendo el determinismo recíproco entre los fenómenos biológicos y psicológicos y, destacando el factor tiempo, como preponderante de la evolución y cronicidad (Turk, 1994).

En este sentido, *The International Association for the Study of Pain* (IASP), define el dolor como “una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada con un real o potencial daño en los tejidos o, descrita en términos de tales daños” (Borg, 1999; Kanner, 1997; Soares, 1999). Se acentúa así, el carácter subjetivo del dolor, siendo simultáneamente una sensación física y una reacción emocional a esa misma sensación (Kanner, 1997).

El dolor crónico, se caracteriza específicamente por resistir a los tratamientos, bien como por la no disminución de su intensidad. Su cronicidad produce grandes alteraciones en el estilo de vida, en las actividades y las relaciones sociales del individuo, al mismo tiempo que produce una implementación de comportamientos de enfermedad, en perjuicio de comportamientos saludables. Ya que el dolor crónico, por definición, presenta una duración superior a seis meses, los comportamientos sintomáticos ocurren continuamente, lo que aumenta la probabilidad de asistir a fenómenos de condicionamiento y aprendizaje. Algunos autores

(Fordyce y Steger, 1995) consideran que el problema mayor del dolor crónico, no es su intensidad, sino su duración, en la medida en que, cuando el dolor cesa, el retorno a un comportamiento saludable puede ser una gigantesca tarea.

Por lo tanto, existe una gran diversidad en la forma como la sensación del dolor se expresa, porque ésta dependerá de la interrelación entre alteraciones biológicas, estado psicológico y contextos socio-culturales, tales como, el etiquetamiento o las presiones sociales (Horn y Manufo, 1997; Skevington, 1995; Soares, 1999; Turk, 1996)

Esta nueva perspectiva impulsó la comunidad científica a desarrollar estudios para el entendimiento de la influencia de los fenómenos psicológicos en el dolor crónico y, los resultados encontrados fueron sorprendentes. Dworkin y Massoth (1994), afirman que del 30 al 50% de los pacientes que buscan tratamiento en la atención de salud primaria, no sufren desordenes específicamente diagnosticables. Deyo, en 1986, destaca que en más del 80% de las personas que presentan quejas de enfermedades de espalda, no es posible identificar bases físicas que expliquen esta enfermedad.

Sobre la base de estas afirmaciones, parece evidente que los factores psicosociales desempeñan un papel fundamental en la duración del dolor crónico, especialmente en el locus de control, los estilos de *coping*, la ansiedad, la depresión y la auto-eficacia (Home y Manufo, 1997; Soares, 1999).

### 2.3. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como una tensión arterial superior a 140/90, de una forma continuada (Oparil, 1992). Actualmente, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y, éstas son la principal causa de muerte de los países industrializados. Se constituye también como elevada morbilidad, estando directamente relacionada con el agravamiento (o inclusive con el origen) de la insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica (Devereux, 1987), accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal (Schwartz y Strong, 1987) y nefropatía diabética.

Hoy se considera que la causa de la hipertensión es multifactorial, envolviendo factores genéticos, fisiológicos, comportamentales y del entorno (Glasgow y Engel, 1987). La comprensión de las limitaciones de la aplicación del modelo médico tradicional (principalmente debido a los efectos prolongados de la farmacoterapia), trajo la necesidad de que las

nuevas terapéuticas médicas de tratamiento de la hipertensión, pasaran a integrar factores comportamentales en la evaluación y intervención de esta patología.

La comunidad científica y médica, asume de esta manera, la necesidad de una conceptualización y principalmente, de una intervención de la hipertensión basada en un modelo holístico, de integración de las múltiples variables fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales.

#### 2.4. *Cefaleas*

Las cefaleas son consideradas en la sociedad actual como un problema médico con elevada prevalencia. Existen más de quince tipos de cefaleas, pudiendo agruparlas en tres grandes categorías: cefalea inflamatoria, cefalea de tensión y cefalea vascular o jaqueca. El 85 a 90% de las cefaleas son cefaleas de tensión.

La mayoría los tratamientos médicos utilizados se basa en el modelo médico tradicional, especialmente sólo en los síntomas físicos, a través del uso de ansiolíticos, vasoconstrictores, antiinflamatorios, analgésicos y barbitúricos.

A pesar de esto, estos tratamientos han probado su ineficacia muchas veces, debido a los efectos secundarios de los medicamentos y a la dependencia, que puede producir tolerancia a la medicación, disminuyendo su eficacia.

Actualmente, la intervención psicológica ha demostrado tener éxito en personas con estas patologías.

#### 2.5. *Estrés*

No solamente es en el dolor crónico en el que es posible comprobar el papel preponderante de las variables psicológicas. La homeostasis individual también resulta de la capacidad del individuo de mantenerse diariamente fuerte y estable ante las adversidades.

Sin embargo, el individuo se enfrenta diariamente a adversidades, con presiones externas que provocan una gran tensión o presión en el individuo. Esta presión provoca estrés al individuo, variable que va a tener un papel fundamental en la salud y el bienestar del mismo.

Al mismo tiempo, constituyéndose en una gran tensión, el estrés se convierte claramente en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades. La noción de que el estrés puede influenciar enfermedades no

es nueva, el propio Platón afirmaba que “todas las enfermedades del cuerpo proceden de la mente o del alma”.

La percepción que el sujeto hace de un hecho y las anteriores experiencias de *coping*, son los factores más importantes para condicionar la respuesta de estrés. Así, en el ser humano, esta respuesta es individualizada, variando no sólo *inter* como también *intra* individualmente, lo que determina que las estrategias a ser utilizadas tengan en cuenta la realidad individual.

Uno de los principales autores en intentar comprender la relación existente entre el estrés y la enfermedad fue Cannon, al estudiar tribus primitivas y, con el fenómeno que denominó “*muerte voodoo*”. En estas tribus primitivas, cuando los indios estaban enfermos, llamaban al curandero, que utilizaba un hueso de gallina para prever la muerte del individuo. Si el hueso de gallina se partía, el curandero prescribía y preveía la muerte de la persona. Sin embargo, el enfermo, de hecho, siempre acababa por morir, no por la enfermedad, pero por prescripción, por *muerte voodoo* o anticipada.

Cannon comprobó que lo que pasaba era que, con la amenaza de muerte, era tanto el estrés y tan grande el miedo, que despertaba un estrés exageradísimo, provocando una inundación de hormonas de estrés (adrenalina y noradrenalina) en el cuerpo, que afectaban el ritmo cardíaco, provocando arritmias que dañificaban el músculo cardíaco, causando la muerte. Los casos de muerte súbita actuales, se explican muchas veces por el mismo mecanismo.

También en contexto clínico, es posible observar estos efectos: dos tercios de las visitas a los médicos de familia son motivadas por síntomas relacionados con el estrés. Este está directamente relacionado con las principales causas de muerte en los EUA: enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades pulmonares. También existen otras enfermedades relacionadas con el estrés como: las alergias, arritmias, asma, ansiedad, diabetes, dismenorrea, jaquecas, neurodermatitis y úlcera péptica.

Asimismo, la vivencia de elevados niveles de estrés durante la recuperación de una lesión, se traduce posteriormente en dificultades en la recuperación de la misma (Oleske, Andersson, Lavender y Hahn, 2000).

Aunque no esté claramente definido si los hechos cotidianos son factores de estrés tan fuertes como las grandes pérdidas, existe un punto de consenso entre los investigadores sobre cual es el factor preponderante en esa relación: el modo como el sujeto se enfrenta a los cambios.

El sentimiento de autocontrol, la red de amigos y ciertos factores de la personalidad, como la flexibilidad y la perseverancia, fueron señalados como que predicen un *coping* eficaz.

Estos datos no sólo retoman la necesidad de asumir una perspectiva holística del ser humano, como cuestiona todo el imperialismo racionalista que todavía domina casi todos los sectores de la sociedad actual, como la medicina y/o la educación.

### *COMPRENSIÓN DE LA UNIDAD HUMANA: UNA NUEVA PRO-ACTIVIDAD*

---

Los datos provenientes de los diversos estudios referidos, asociados a fuertes evoluciones sociales, constituyen una de las mayores herencias del siglo XX, permitiendo la liberación del ser humano de muchos determinismos que le eran impuestos en las más diversas áreas y que lo llevaron a percibir que poco podía hacer frente a la mayoría de las condiciones y dominios cruciales de su existencia, como destaca Moreira (2005):

“El ser humano se ha liberado de estas amarras que lo aprisionaban a una condición de determinismo y pasividad, en las más diversas áreas existenciales:

1. El determinismo del proyecto de Dios para cada uno y el hecho de cargar la cruz hasta el final, está a ser substituido por la libertad de cada uno de, no sólo de escoger la religión que quiere, sino también si es aquel el proyecto de vida que quiere para él (por ejemplo, divorciarse);
2. Al determinismo de la ascendencia socio-económica se contraponen actualmente la tendencia a la democratización del acceso a las oportunidades y recursos. El énfasis dejó de estar en el origen familiar o social y pasó a estar en las capacidades y en el esfuerzo.
3. Al determinismo de que nada se podía hacer en relación al estado de salud, se impone ahora el papel activo que cada persona tiene en el mantenimiento de su salud y su responsabilidad (cuidado con la alimentación, estilos de vida, etc.);
4. El fatalismo de las variables psicológicas, la idea de “es igual que su padre o su madre”, está siendo substituido por la conciencia del

- desarrollo y la influencia de determinados factores en la evolución de esas mismas variables, por lo que es posible intervenir al nivel de esas variables;
5. El concepto de salud como ausencia de enfermedad, se ha visto alterado, así como el concepto lineal de salud, substituido por la complejidad de varios factores, como reconoce la Organización Mundial de Salud: “salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente como ausencia de enfermedad”;
  6. El fatalismo neurológico, cada vez más cuestionado, está siendo substituido por la noción de plasticidad neuronal, que demuestra que el desarrollo tanto estructural como funcional del cerebro, está lejos de ser un estanque, sino que depende, entre otras cosas, de la estimulación;
  7. El determinismo de la inteligencia y del recorrido académico, está siendo substituido por la conciencia de la importancia de la estimulación que los niños reciben en las etapas precoces y posteriormente al alcanzar las condiciones mínimas (tanto en términos de satisfacción de las necesidades básicas, incluso físicas –alimentación, como en términos de las condiciones mínimas que favorecen un desarrollo académico adecuado (por ejemplo, sin que el niño precise canalizar su foco de atención para la gestión de determinadas emociones negativas o de circunstancias que vive en casa, tales como, abusos (al propio niño o a alguien de su familia).
  8. Hoy más que nunca, se tiende a concebir la ciencia como estando al servicio de los hombres, de ahí que los avances del conocimiento se tiendan a reflejar rápidamente en consecuencias en la vida de las personas. Esta tendencia comenzó a ser muy dominante en las áreas tecnológicas, pero ahora comienza a ser muy fuerte, la conciencia de usar lo que se sabe para mejorar la vida de las personas al nivel de las más diversas disciplinas de la salud” (Moreira, 2005).

Estas conquistas están sistematizadas y encuadradas en la siguiente tabla:

**Tabla 1. La liberación del hombre para la verdadera condición humana. Del determinismo a la pro-actividad y poder (Moreira, 2005)**

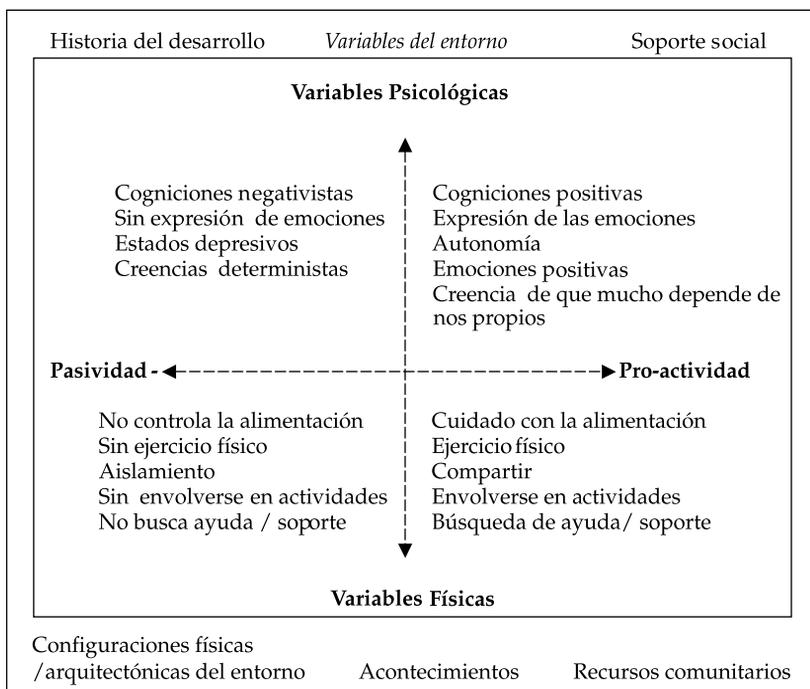
<b>Dominio</b>	<b>Determinismo</b>	<b>Pro-actividad, poder y liberación</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Sentido de la vida, proyecto de vida</b>	<i>"Es el deseo de Dios..."; "Tengo que cargar mi cruz hasta el final";</i>	<i>"Yo soy quien construyo mi proyecto de vida"; "No tengo porque aguantar esto"; "Me voy a separar"</i>	Posibilidad y necesidad de prevención y promoción de la salud
<b>Estatuto socio-económico</b>	Énfasis en el origen y ascendencia socio-familiar para el acceso a las oportunidades; <i>"Hijo de Burro nunca llega a caballo"</i>	Igualdad de oportunidades; democratización en el acceso a los recursos; énfasis en el esfuerzo y en las capacidades más de que en el estatus y el origen	
<b>Salud / enfermedad</b>	<i>"Es mal de familia";</i>	<i>"La salud depende de lo que como y de lo que hago"; "Tengo que cuidar de mí!"</i>	
<b>Personalidad</b>	<i>"Sale al padre o a la madre"; "Él es así mismo"</i>	Existen factores que proporcionaron que se desarrollase así.	
<b>Concepto de salud</b>	Salud como ausencia de enfermedad, llamado a veces <i>"estar gordito y coloradito"</i>	Salud como un estado complejo que integra varias dimensiones: bienestar físico, mental y social y, no únicamente la falta de salud, como es recogido por la OMS.	
<b>Neurociencias, neurología</b>	<i>"Es de nacimiento"; "Fue siempre así"</i>	El cerebro, tanto al nivel estructural, como al nivel funcional depende de la estimulación y de las interacciones	
<b>Educación / escuela</b>	<i>"Es burro", "No es inteligente", "Parece que no le entran las cosas!"</i>	<i>"No hay niños burros"; "Los niños pueden ser más o menos estimulados";</i> "el rendimiento escolar de los niños no depende únicamente de su inteligencia, sino esencialmente de otros factores que les permitan condiciones mínimas de aprendizaje, por ejemplo: mantener el foco de atención para el aprendizaje de los contenidos y no para la gestión de emociones negativas demasiado intensas.	
<b>Ciencia / conocimiento</b>	Permanencia en medios cerrados, con escasas consecuencias en términos de mejora de la vida de las personas; principalmente al nivel de la salud mental, todavía muchos conocimientos permanecen guardados en consultorios	La Ciencia está al servicio de las personas; los descubrimientos y los conocimientos son operacionalizados y desarrolladas estrategias que permiten que un mayor número de personas se beneficie de los conocimientos. Un claro ejemplo es la prevención y la promoción de la salud	

De este modo, se evoluciona de un modelo social, médico y educacional, basado en el determinismo, para un modelo organizado en torno al papel activo del individuo, no sólo en la sociedad, sino también en su propio estado de salud y enfermedad. Lo que anteriormente se pensaba que no se podía controlar (o se tenía salud o se estaba enfermo), pasa a ser accesible al control individual.

Surge así, la necesidad de asumir una postura conciliadora de investigación y de comprensión de todas las variables fisiológicas, psicológicas y del contexto en que el individuo (ahora como agente principal del estado de salud o enfermedad) se mueve a lo largo de la vida, en diversos contextos y asumiendo los más variados papeles.

El siguiente modelo, propuesto por Moreira (2005), ilustra precisamente esta concepción de salud como un continuo, constituida por procesos dinámicos en constante evolución que permite la comprensión de la multicausalidad encada uno de esos estados.

**Figura 1. Modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)**



Según este modelo, en cada situación de salud o enfermedad deben ser consideradas las siguientes variables individuales:

**Tabla 2. Variables individuales del Modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)**

Pasividad	Pro-actividad	Variables psicológicas	Variables físicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hace nada</li> <li>• Creencia determinista</li> <li>• Falta de disponibilidad</li> <li>• Creencias erradas</li> <li>• Falta de Motivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deporte</li> <li>• Dieta</li> <li>• Búsqueda de ayuda</li> <li>• Búsqueda de estrategias (auto-ayuda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones</li> <li>• Cogniciones</li> <li>• Estilo de <i>Coping</i></li> <li>• Resistencia</li> <li>• Auto-regulación y auto-control</li> <li>• Sufrimiento Subjetivo (incluye la autoestima)</li> <li>• Percepción de la calidad del soporte social</li> <li>• Percepción de la calidad de vida / satisfacción con la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición Crónica (Ej. diabetes, hemofílicos, enfermedad crónica, etc.)</li> <li>• Condición Incapacidad (Ej. sordera, limitaciones de movilidad, etc.)</li> <li>• Condición Oncológica</li> <li>• Condiciones asociadas a estilos de vida (Ej. hipertensión arterial, Obesidad, estrés, cefaleas de tensión, etc.)</li> <li>• Abuso / Dependencia de sustancias</li> <li>• Complicación / enfermedad de algún sistema (Ej. problemas de digestión, problemas de columna, etc.)</li> </ul>

Concomitantemente, siendo el individuo un ser contextualmente influenciado, las variables contextuales, sociales y comunitarias deben ser consideradas, así como deben estar incluidas a la hora de definir estrategias de prevención del estado de enfermedad.

**Tabla 3. Variables del entorno en el modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)**

<b>Variables contextuales</b>	Ambiente familiar; ambiente laboral; ambiente interpersonal; ambiente escolar y orientación escolar para la salud
<b>Soporte social</b>	Tipo de red de soporte social (existencia/ ausencia de elementos significativos a los que el individuo puede recurrir)
<b>Recursos comunitarios</b>	Centros comunitarios, centros de salud, hospitales, campañas y actividades de promoción de la salud
<b>Configuración física / arquitectónica del entorno</b>	Existencia de espacios verdes para deporte, existencia de carriles para montar en bicicleta, etc.
<b>Acontecimientos</b>	Acontecimientos de vida que exigen más o menos esfuerzos por parte del individuo, generadores de más o menos sufrimiento (ej. fase de transición, cambio de residencia, pérdida amorosa, desempleo, etc.)
<b>Historia de desarrollo psicosocial</b>	Relación entre factores de riesgo y de protección, historia de autonomía y de malos tratos, etc.

De nuestra propuesta, la salud, o el *Índice de Salud*, puede ser calculado en función de la dinámica entre estos elementos. El índice de salud asume valores de -10 (índice más negativo de salud) hasta 10 (índice más positivo de salud).

Tal *Índice de Salud* puede ser calculado a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Salud} = \frac{\text{(postura X variables del entorno)}}{N_{vm}^*} + \frac{\text{(postura X variables individuales)}}{N_{vi}^{**}}$$

\* Suma del máximo que se puede obtener en todas las subescalas likert de las variables individuales

\*\* Suma del máximo que se puede obtener en todas las subescalas de las variables del entorno

Postura – La dimensión de la postura incluye 2 medidas: pasividad y pro-actividad. La pasividad es valorada a través de una escala de likert que va de -5 (una pasividad muy acentuada) a -1 (pasividad poco acentuada). La pro-actividad es valorada a través de una escala likert que va de 1 (pro-actividad casi insignificante) a 5 (pro-actividad muy significativa). La postura es considerada tanto en la relación del individuo con las variables del entorno, como con las variables individuales (físicas o psicológicas). En la dimensión de la postura, el evaluador deberá, antes que nada, tomar una decisión acerca de la postura (de una forma holística y mayoritaria) del individuo frente a un conjunto de variables. Esa decisión implicará que se valorará la postura del individuo en la escala de pasividad (esto significa, el grado de pasividad, si se hubiera considerado que holística y mayoritariamente, la postura del individuo es de pasividad), o en la escala de pro-actividad (es decir, el grado de pro-actividad, si se hubiera considerado que holística y mayoritariamente la postura del individuo es de pro-actividad).

- Variables del entorno/contexto – El entorno/contexto está formado por 6 dimensiones: variables contextuales, soporte social, recursos comunitarios, Configuración física/ arquitectónica del espacio, historia del desarrollo, acontecimiento causante de estrés (Ej. muerte de alguien, marcharse de casa, etc.) – esta escala es invertida. Cada variable se mide en una escala likert de 5 puntos.
- Variables físicas / psicológicas – Las variables físicas / psicológicas están compuestas por 15 variables (9 psicológicas y 6 físicas). Las variables psicológicas están formadas por: emociones, cogniciones, estilo de *coping*, sufrimiento subjetivo (incluye autoestima), persistencia, autocontrol y autorregulación, percepción de la calidad del soporte social, percepción de la calidad de vida / satisfacción con la vida. Cada una de estas variables es medida a través de una escala likert de 5 puntos.

Las variables físicas incluyen 6 dimensiones: cronicidad de alguna condición física (ej. diabetes, hemofílicos, etc.), condición de incapacidad (ej. silla de ruedas, sordera, ceguera, etc.), condición oncológica, dependencias (ej. alcohol, tabaco, etc.), condiciones asociadas a estilos de vida (ej. hipertensión, estrés, cefaleas, etc.),

condiciones del organismo humano (ej. complicaciones renales). Cada una de estas dimensiones es codificada en una escala likert de 5 puntos.

Así, el *Índice de Salud* resultará de la relación entre, los factores contextuales y los acontecimientos de la vida, que exigen recursos por parte del individuo, con los recursos que tiene para enfrentarse y con su postura para utilizar los recursos de que dispone y para encarar los acontecimientos.

Este es un modelo surgido de indicadores empíricos y que se encuentra en fase de constatación empírica.

## ESTUDIO DE CASO

Sofía es una chica de 19 años que sale de casa por la primera vez para ir a la universidad. Siempre estuvo muy protegida por sus padres y no tiene mucha autonomía. Por esto, tiene algunas dificultades para establecer relaciones interpersonales y para adaptarse a situaciones nuevas. No hace ningún tipo de actividad física y no tiene como hábito apuntarse a actividades o salir con amigos, prefiere quedarse en casa oyendo música o viendo televisión, con tendencia a aislarse, porque piensa que los demás sólo la critican y censuran.

Desde niña es considerada como una niña ansiosa y miedosa. Desde que fue para la universidad comenzó a tomar calmantes. En la universidad no conoce a nadie, se siente sola, no integrada y, como vive en una isla es muy raro ir a casa a visitar a los padres

A pesar de vivir en una residencia universitaria, donde a veces los colegas se aproximan y hablan, ella tiende a aislarse en su cuarto, no se relaciona y no usa las instalaciones deportivas ni las de ocio de que dispone la universidad.

En las conversaciones telefónicas con los padres, dice que siente que es un infierno estar allí y incluso quiere desistir y ir para casa. A pesar de que los colegas son simpáticos, aún no encontró a nadie que la apoye de verdad y que sólo puede contar la familia, pero que en este momento de poco sirve, porque están lejos.



Asumiendo la perspectiva holística del ser humano, en que las variables físicas y psicológicas se consideran igualmente determinantes y bidireccionalmente influenciadas y, asumiendo como pilar estructural la pro-actividad del individuo en la enfermedad, es posible observar el contraste de estrategias que diferentes individuos asumirán frente a la enfermedad, que determinarán su evolución en el continuo entre salud y enfermedad.

**Tabla 4. Relación de las variables y de la postura del individuo ante el Cáncer, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)**

Cáncer		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
<b>Pasividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación emocional pautada por un pesimismo, rabia, pasividad, desesperanza, ansiedad y depresión;</li> <li>• Aislamiento social;</li> <li>• Sentimiento de impotencia y falta de control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja adhesión al tratamiento;</li> <li>• No adhesión a la medicación;</li> <li>• No adhesión a la interacción social;</li> <li>• No pro-actividad en la búsqueda de bienestar;</li> <li>• Depresión del Sistema Inmunológico</li> </ul>
<b>Pro-actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de estrategias de <i>coping</i> adaptadas, asociadas a un espíritu de lucha y aun rechazo positivo de la enfermedad.</li> <li>• Regulación emocional adecuada, caracterizada por optimismo.</li> <li>• Estrategias de <i>coping</i> cognitivo-comportamentales (Ej. búsqueda activa de información).</li> <li>• Movilización de soporte social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhesión al tratamiento y a medicación;</li> <li>• Actitud pro-activa de realización de exámenes de rastreo y vigilancia.</li> </ul>

**Tabla 5. Relación de las variables individuales y la postura del individuo frente al dolor crónico, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)**

<b>Dolor crónico</b>		
<b>Postura</b>	<b>Variables psicológicas</b>	<b>Variables físicas</b>
<b>Pasividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de <i>coping</i> caracterizados por el catastrofismo, pasividad y desánimo aprendido</li> <li>• Creencia de baja auto-eficacia</li> <li>• Aislamiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No realización de estrategias de relajación</li> <li>• Mantenimiento de la medicación que conlleva una habituación</li> </ul>
<b>Pro-actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de objetivos personales;</li> <li>• Mecanismos de <i>coping</i> cognitivos, basados en la confrontación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de estrategias de relajación</li> <li>• Ejercicio físico</li> <li>• Aumento de actividades capaces de producir sentimientos de placer, que compensen los momentos de actividad y de descanso</li> <li>• Reducción de la medicación</li> </ul>

**Tabla 6. Relación de las variables individuales y la postura del individuo ante la hipertensión arterial, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)**

Hipertensión arterial		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
<b>Pasividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de <i>coping</i> basado en la negación y la no confrontación;</li> <li>• Falta de competencias para enfrentarse al estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de hábitos alimentarios nocivos para la salud</li> <li>• No adhesión a la terapéutica medicamentosa de reducción de la hipertensión arterial</li> <li>• No realización de exámenes de rastreo</li> <li>• Ausencia de ejercicio físico</li> </ul>
<b>Pro-actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del comportamiento (Ej. disminución del estrés)</li> <li>• Alteración del estilo de vida</li> <li>• Estrategias de <i>coping</i> basadas en la confrontación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación de los hábitos alimentarios (disminución de sal, grasas y alcohol);</li> <li>• Pérdida de peso a través de terapia diurética</li> <li>• Realización de ejercicio físico</li> </ul>

**Tabla 7. Relación de variables individuales y de la postura del individuo en las cefaleas basada en el modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)**

Cefaleas		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
<b>Pasividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación emocional inadecuada;</li> <li>• Estilo interpersonal pautado por la rabia, irritación y agresividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de la medicación y de la cafeína;</li> <li>• Mantenimiento de un estilo de vida estresante;</li> </ul>
<b>Pro-actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de <i>coping</i> basados en la pasividad;</li> <li>• Adecuada regulación emocional de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinencia de alcohol, cafeína y de alimentos que contengan sustancias vaso activas;</li> <li>• Realización de Ejercicio físico</li> <li>• Ejercicios de relajación y de respiración diafragmática</li> </ul>

**Tabla 8. Relación de las variables individuales y de la postura del individuo ante el estrés, basada en el modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)**

Estrés		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
<b>Pasividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de un estilo de vida, pautado por excesivas preocupaciones y por la continuación de exposición a acontecimientos vividos como amenaza</li> <li>• Mantenimiento de una regulación emocional inadecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedentarismo de vida</li> </ul>
<b>Pro-actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanza significativa del patrón de vida</li> <li>• Desarrollo de competencias de regulación emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de ejercicio físico</li> <li>• Disminución de exposición a acontecimientos estresantes y a actividades profesionales inductoras de elevados niveles de estrés</li> </ul>

## CONCEPCIONES DE LA PRÁCTICA

Al nivel de la práctica y de las estrategias desarrolladas en el área de la salud, todavía continuamos en el dualismo cartesiano. Las estrategias de salud pública y de prevención continúan esencialmente valorizando los aspectos físicos de la enfermedad, como ocurre con las campañas de vacunación para diferentes condiciones físicas.

No quiere decir que estas estrategias de vacunación no sean importantes. Son fundamentales. Pero, al igual que fueron desarrolladas gracias al impacto que las condiciones médicas tenían en la población y, eran concebidas como problemas de salud pública; hoy en día, se consideran otras condiciones como problemas de salud pública (el alcoholismo, el SIDA, la depresión, el tabaquismo, la obesidad, etc.) y las estrategias de salud (no remediadoras que refuerzan la idea de pasividad del individuo, frente a sus condiciones) revelando una pasividad de los agentes políticos, sólo comprendida a la luz del dualismo cartesiano, donde las variables psicológicas y la naturaleza continua y longitudinal de las estrategias no tienen "estatus" suficiente para estar consideradas en la práctica.

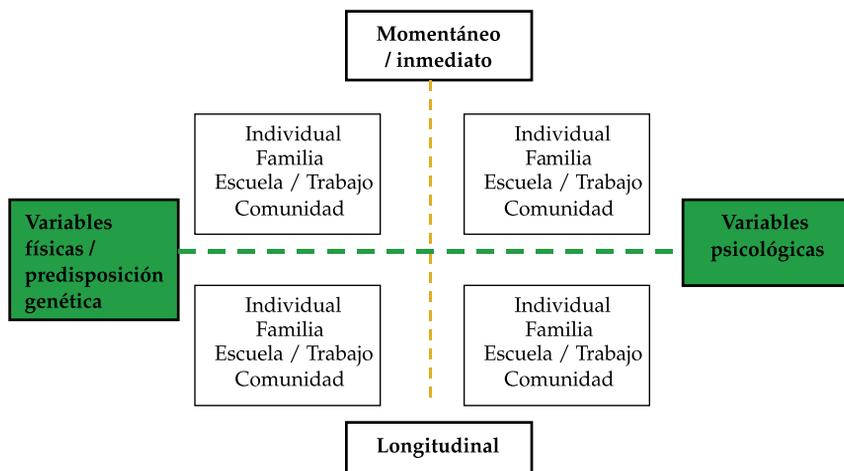
Pocas han sido las acciones generalizadas, universales y precoces que engloben o, estén orientadas para la promoción y desarrollo de las variables psicológicas.

A pesar de ello, las posibilidades y necesidades de la intervención son múltiples desde la necesidad de remediar condiciones ya existentes, hasta el planeamiento de estrategias que prevengan la aparición de determinadas condiciones. Asimismo, son muy variados los campos o contextos en los que actuar para lograr la salud y para considerar tanto las variables físicas, como las psicológicas. Esta relación entre el momento de intervención y los contextos de intervención, son un desafío para la definición y el desarrollo de estrategias de intervención y prevención para lograr estados de salud.

Esta relación se presenta la figura 2 que desarrolla el modelo, propuesto por Moreira, (2005).

Al defender un concepto de salud que es construido por los individuos, existen determinados contextos en los que tal construcción se puede ver especialmente potenciada y promovida. La escuela es, sin duda, un contexto privilegiado y uno de los más significativos por el poder que tiene en la promoción de la salud de los individuos, especialmente por 3 razones: (1) por el número de población que abarca - todos los niños pasan

**Figura 2. Modelo de Salud Holístico: Relación de las variables “momento de intervención”, “tipo de variables trabajadas” y “contextos de intervención” (Moreira, 2005)**



por ese contexto y, por lo tanto, pueden ser objeto de intervención en el sentido de promoción y construcción de la salud; (2) por la fase de desarrollo en que los individuos se encuentran – cuando los niños comienzan a ir al colegio (en preescolar o en enseñanza primaria) se encuentran en una fase de desarrollo especial, en la que la construcción de las “realidades” que los niños construyen y la como se organiza frente a los estímulos en general, al mundo y a la salud en particular, es muy rica y proficua; y, (3) por el carácter de continuidad, sistematización y intencionalidad de las estrategias – un niño pasa muchas horas significativas del día en la escuela, así como un significativo número de años en la escuela. Esta realidad favorece el planeamiento y la implementación de estrategias que potencien la promoción y construcción de la salud a lo largo de etapas de desarrollo muy significativas, de forma continua y sistemática, que son condiciones fundamentales para la eficacia de las estrategias de intervención en salud o educación (Moreira, 2002; 2003; 2004; 2005).

Sin embargo, a pesar de este poder de la escuela, en vez de ser un contexto que promueve esta idea, la propia escuela parece ser una de las

principales víctimas del dualismo al que nos referíamos anteriormente, encarnando una diferenciación entre “variables cognitivas y curriculares”, éstas últimas, consideradas variables prioritarias: las que verdaderamente importan en el ajuste de los individuos para la vida adulta.

Este dualismo cartesiano en la escuela, al intentar dotar a los individuos de competencias que los hagan lo más “inmunes” posible a las adversidades de la sociedad, está frecuentemente debilitando muchos niños y aumentando el riesgo de llegar a desarrollar una enfermedad, por no ser capaces de considerar al niño como ser holístico y destacar sus eventuales déficit en algún otro campo.

De hecho, la escuela está orientada para la adquisición de competencias cognitivas que se consideran la base del ajuste global en la edad adulta. En este sentido, el niño es percibido como un repertorio el que se almacenan los conocimientos cognitivos, como leer o escribir, en la concepción de que estas competencias serán suficientes para que tenga un funcionamiento adaptado en las diferentes varias áreas del funcionamiento en la vida adulta.

Claramente este dualismo cartesiano ha demostrado ser inadecuado como medio de preparación de los individuos para gestionar su mundo (el mundo en general, como los comportamientos de salud en particular), de los que son ejemplos una serie de indicadores de problemas sociales y de situaciones problemáticas de no inclusión, que sugieren que la escuela pudo haber fallado en la preparación de los individuos para poder funcionar adaptadamente en la vida adulta.

La sociedad está organizada para preparar los individuos para que éstos desempeñen un papel adaptado en la vida adulta, en la sociedad en la que están inseridos. Este ajuste continúa en la edad adulta, al estar asociado fundamentalmente a la capacidad del individuo de desempeñar una profesión, de ser productivo, ayudando a la sociedad a evolucionar. Así, la escuela y la educación se estructuran de forma a promover el desarrollo de los individuos en las dimensiones consideradas importantes para el futuro ajuste.

Las consecuencias de esta perspectiva, produjeron una centralización casi exclusiva de la educación y de las prácticas educativas en contenidos de desarrollo y aprendizaje cognitiva (matemática, lenguaje, etc.). Cada vez más, las sociedades comienzan a incentivar el involucramiento de los niños, cada vez más precoz, en actividades de aprendizaje de competencias cognitivas, transformando la infancia, cada vez más, en una etapa de desarrollo estructural sólo relativamente a las variables

cognitivas, descartando la infancia como fase de promoción de otras competencias (socio-afectivas) (Moreira, 2002).

### CONCLUSIONES: ¿QUÉ SALUD CONSTRUIREMOS?

La existencia y el aumento de condiciones como el fracaso escolar, las perturbaciones de comportamiento, las toxicodependencias, etc., son claros ejemplos de una evidente preocupación: la escuela ha fracasado en su misión de preparar los individuos para éstos desempeñar un papel activo en la sociedad (Moreira, 2003), ya que, a pesar del énfasis y la promoción de las variables cognitivas, los individuos continúan demostrando vulnerabilidades y desarrollando perturbaciones de funcionamiento que son una señal preocupante, al que claramente, este modelo de educación es inadecuado para las sociedades actuales (Moreira, 2005).

En este sentido, a pesar de que los estudios demuestren la necesidad de asumir una postura holística del ser humano, enfatizando igualmente las variables cognitivas y emocionales, la escuela y la sociedad en general, han sido negligentes, al no proporcionar la satisfacción de las necesidades para un desarrollo integral de los individuos, al nivel de variables fundamentales (Moreira, 2002; 2003; 2004; 2005). Esta negligencia se fundamenta en cuatro puntos fundamentales: (1) concepción dualista del ser humano, no sólo por parte de la escuela, sino también de la sociedad en general, según la cual, la razón tiene prioridad sobre las variables afectivas); (2) Elevada prevalencia de vulnerabilidades desarrollistas en la población, precisamente por la desvalorización de las variables psicológicas desarrollistas estructurantes; (3) Falta de preparación de los profesores sobre la concepción del niño como un todo. Los currículos escolares valorizan las variables cognitivas e, incluso, los profesores no están preparados, ni reciben formación para el desarrollo y intencionalización de otro tipo de variables, que no sean las cognitivas; y, (4) Falta de comprensión de los procesos básicos, relacionados con el proceso de enseñanza y aprendizaje, en el que los profesores muestran enormes incapacidades y déficit, principalmente en un elemento fundamental como es la *relación* de la comprensión y intencionalización del desarrollo de las variables socio-afectivas (Moreira, 2003).

La comunidad educativa siente una gran insatisfacción con los resultados de su propia acción y, la sociedad en general, reconoce estas áreas como problemáticas. Sin embargo, a pesar de que el poder político y educativo son conscientes de que se debe hacer algo con urgencia y que,

la solución pasa en gran medida por la escuela, las medidas adoptadas han sido claramente insuficientes.

Son necesarias medidas mucho más complejas, mucho más estructurantes, relacionadas con las variables psicológicas, emocionales y de relación, cuyo desarrollo se basa esencialmente en la relación, precisamente en el campo de formación en el que los profesores tienen más dificultades.

El sistema educativo precisa de ser reorientado para una verdadera *epistemología de la práctica* (Moreira, 2003), que abarque los procesos básicos del desarrollo humano y que operacionalice conceptos y estrategias contrastadas empíricamente, capaces de promover el desarrollo de variables socio-afectivas (Moreira, 2003).

De forma a cumplir este objetivo, Moreira (2003) defiende una *tercera revolución* en el sistema educativo, en la relación del individuo con el conocimiento en cuanto, motor de la evolución, del desarrollo y de la resolución de los desafíos planteados a las sociedades (2003). Sugiere así, que en las sociedades modernas, la educación se constituya como motor de desarrollo de los pueblos, en tres grandes momentos que marcarán una ruptura con el sistema vigente; por lo que se pueden considerar *revoluciones*: 1ª *revolución: alfabetización literal*, debido al reconocimiento de las sociedades de los beneficios de todos los individuos al saber leer y escribir; 2ª *revolución: alfabetización funcional*, resultante de la conciencia de que las sociedades se benefician mucho más, cuando se consigue utilizar los elementos al producto del conocimiento (uso de internet, telefonía móvil, etc.); y la 3ª *revolución: la alfabetización emocional o alfabetización de la salud*, que debe urgente ser dada en los sistemas Educativos y que será resultado de la conciencia de las sociedades, de los beneficios de que todos los individuos tengan niveles de salud bastante satisfactorios (Moreira, 2003)

A lo largo de este trabajo, hemos presentado nuestra visión sobre la crucial importancia de la relación entre la psicología y la salud. Hemos hecho una reflexión sobre algunas cuestiones relevantes, tales como:

1. Las sociedades occidentales, relativamente a la salud, continúan todavía dominadas por un dualismo cartesiano
2. Ese dualismo cartesiano tiende a valorizar las variables físicas y a defender un imperialismo racional.
3. Las variables psicológicas continúan a estar consideradas como un factor de 2º lugar, principalmente en las sociedades latinas;

4. Ha habido avances en las últimas décadas, tanto científicos, como culturales que favorecen el nacimiento de un concepto de salud holístico, en que las variables físicas y psicológicas se constituyen como unidades codependientes y bidireccionalmente influenciadas.
5. Sin embargo, el desarrollo de estrategias de promoción de salud holísticas y sistematizadas, continúa a ser una utopía;
6. La escuela es un buen ejemplo de cómo se continúa a sobre-valorizar determinadas variables (ej. cognitivas) –bajo el supuesto de ser las responsables por el ajuste y por la preparación y bienestar en la edad adulta– en detrimento de la promoción de otras variables como las socio-afectivas.
7. Las características de las sociedades actuales, han demostrado sistemáticamente que el modelo de escuela existente y, la relación que mantiene con las diferentes variables, está claramente desajustado a las necesidades de los individuos, ya que su ajuste en la edad adulta, no pasa apenas por dominar una profesión o tener conocimientos de cómo dominar una tecnología.
8. En este sentido, sugerimos un cambio profundo de la concepción de la escuela y sus funciones, a semejanza de otros cambios que hicieron historia en el pasado.
9. Nos encontramos en un momento en el que se hace inevitable, una 3ª revolución en la relación del hombre con el conocimiento: la revolución de la alfabetización emocional y de la salud.
10. Las alteraciones culturales y científicas que vivimos, parecen favorecer y compartir esta visión de salud holística. Estas alteraciones serán inútiles y estériles, sino van acompañadas por medidas de salud concretas que promuevan la integración de las diferentes variables (Moreira, 2003).

El desarrollo de esta revolución emocional y de la salud se hace de los agentes de la promoción de la salud, de la prevención y, sobretudo, de los educadores y del profesorado. Los beneficios de esta orientación son claros. La tarea más exigente no es entenderla del punto de vista teórico pero implementarla en estrategias de intervención concretas y articuladas.

A lo largo de este capítulo, intentamos fundamentar la necesidad de una intervención sistematizada en el medio escolar para la promoción de la salud y, presentamos un ejemplo de un programa que ha conseguido resultados muy satisfactorios. Pero a pesar de todo, se impone que la

promoción da salud durante el recorrido escolar sea una realidad concebida como “lógica y natural” y no como estrategias extrañas, o un “lujo” que determinados técnicos pretenden implementar.

¿Será este el primer paso? La respuesta a esta pregunta parece ser clara: depende. Depende precisamente del punto de vista de la comunidad científica y del poder político, así como de la capacidad de ambos para tomar decisiones consecuentes y estructurantes, orientadas para una nova epistemología de la práctica y para una nueva cultura: una práctica intencionalizada, sistematizada y continua hacia una cultura en que la salud emerge como un objetivo de vida.

## REFERENCIAS

- Andersen, B., Kietcolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer, stress and disease course. *American Psychologist*, 49 (5). 389-404.
- Arbisi, P.A. y Butcher, J. N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.4, N° 3, pp. 571-595.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Conner, M. y Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Doherty, W. L. y Campbell, T. L. (1988). *Families and Health*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: A challenge for biomedicine: *Science*: 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fordyce, W. y Steger, J. (1980). Chronic Pain. In O. Pomerleau y J. Brady (Eds.), *Behavioral Medicine: Theory and Practice* (pp. 125-135). Baltimore: Williams y Wilkins.
- Forman, A. (1985). Biobehavioral intervention for management of stress related disorders. *Physician's Assistant*, 93-96.
- Gatchel, R. y Turk, D. (1996). *Psychological approaches to pain management: a practitioners handbook*. New York: The Guildford Press.
- Greenberg, J. (1987). *Stress Management*. Dubuque, Iowa: William C. Brown.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-perception profile for children*. Denver: University of Denver Press.
- Henao, S. y Grose, N. (1985). A Systienes approach to family medicine. In S. Henao y N. Grose (Eds.), *Principles of Family Systienes in Family Medicine* (pp. 25-39). Brunner/Mazel.

- Hobbs, S.A. y Walle, D.L. (1985). Validation of the children Assertive behaviour scale. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 7 (2), 145-153.
- Johnston, M. (1997). How health psychology makes the difference. *The Irish Journal of Psychology*, 18(1), 4-12.
- Johnston, M y Weinman, J. (1995). Health Psychology. In *Professional Psychology Handbook*. British Psychological Society.
- Lovallo, W. (1997). *Stress and Health*. London: Sage.
- McDaniel, S. H., Campbell, T. L. y Seaburn, D. (1990). *Family oriented primary care: A manual for medical providers*. New York: Springer-Verlag.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. y Doherty, W.J. (1992). *Medical Family Therapy*. New York: Guilford Press.
- McIntyre, T. (1994). Hipertensão arterial: a Psicologia da Saúde e tratamentos complementares. In T. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 109-137). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- McIntyre, T. (1995). Abordagens Psicológicas do sofrimento. In T. McIntyre, T. y Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Textos técnicos de Psicologia, APPORT.
- McIntyre, T. (1997). A psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 161-177.
- Moreira, P. (2004a). *Para uma prevenção que Previna (3rd edition)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreira, P. (2002). *Ser Professor: Competências Básicas... 1 – Competências de Comunicação, Disciplina, Auto-Control e Auto-estima*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2003). *Ser Professor: Competências Básicas... 2: Diferenciação emocional, cognitiva e comportamental, auto-conceito e auto-estima*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2004). *Ser Professor: Competências Básicas... 3: Gestão emocional, emoções positivas, competências sociais e assertividade*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2005). *Ser Professor: Competências Básicas... 4: Gestão de emoções, resolução de problemas, tomada de decisão e promoção da saúde*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. y Gonçalves, O. F. (2001). Intervención Psicológica com um grupo de epiléticos: uma abordagem narrativa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 571-592.
- Moreira, P. y Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P., Crusellas, L. y Sá, I. (2004). A Alfabetização Emocional: da formulação teórica às evidências da investigação – os primeiros passos de uma revolução. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, 3, 25-44.
- Moreira, P., Gonçalves, O. F. y Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada cliente*. Porto: Porto Editora.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.

- Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. y Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glase, J. y Glase, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pereira, G. y Moreira, M. (2000). Prevenção Primária das toxicodependências: avaliação de uma intervenção de grupo em crianças com idades entre os 8 e 9 anos. *Análise Psicológica*, 4 XVIII: 455-463.
- Ramsey, C. N. (1989). *Family Systemes in Medicine*. New York: Guilford Press.
- Ribeiro (1994). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 179-191.
- Ribeiro, J. (1994a). A Psicologia da Saúde e a Segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-53). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- Ribeiro, J. (1994a). Psicologia da Saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- Rosch, P. (1987). Stress and illness. Fact or fantasy? *PA Practice*, 3 (5), 13-16.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia, narrativa e identidade: Um estudo sobre o auto-engano e organização pessoal*. Maia: ISMAI.
- Smilkstein, G. (1990). É benéfico para a saúde saber viver com stress. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7 (7), 267-282.
- Teixeira, J. C. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Turk, D. C. y Kerns, R. D. (Eds.) (1985). *Health, illness and families: A life span perspective*. New York: Wiley-Interscience.
- Weinman, J. y Petrie, K. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatics Research*, 42 (2); 113-116.

---

*CONSUMO DE ALCOHOL,  
ACTITUDES Y VALORES EN UNA MUESTRA  
DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
DE LA PROVINCIA DE ALICANTE*

---

José A. García del Castillo  
*Universidad Miguel Hernández de Elche, España*

Carmen López Sánchez y M<sup>a</sup> del Carmen Quiles Soler  
*Universidad de Alicante, España*

Recibido: 04-09-2006. Aceptado: 02-10-2006

*RESUMEN*

---

El consumo de alcohol es considerado como uno de los problemas más importantes de salud pública en las sociedades occidentales, que genera diversos problemas a nivel físico, psicológico y social. El presente trabajo pretende alcanzar tres objetivos fundamentales: en primer lugar, conocer los comportamientos de consumo de alcohol de los jóvenes y compararlos con el consumo a nivel nacional; en segundo, averiguar la tendencia actitudinal de la muestra hacia el producto, con la finalidad de poder predecir la tendencia de consumo presente y futura de la población objeto de estudio; y, en tercero, identificar tanto los valores predominantes entre la propia muestra, así como los valores percibidos asociados a otros jóvenes. Nuestra muestra objeto de estudio está compuesta por 1.500 estudiantes universitarios (de primer y segundo ciclo), matriculados en alguna de las titulaciones ofertadas por las Universidades Públicas de la

---

**Correspondencia:**

José Antonio García del Castillo Rodríguez. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche. Campus Universitario de Sant Joan d'Alacant. Ctra. n-332 s/n. Sant Joan d'Alacant. 03550 - Alicante. España. E-mail: jagr@umh.es.

Provincia de Alicante en el curso académico 2004-2005, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 17 y 28 años o más. Se distribuyen en las siguientes secciones: Ingenierías y Técnicas, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ciencias de la Salud, Ciencias Experimentales y Humanidades. Para la recogida de información se elaboró un cuestionario compuesto por cinco bloques temáticos diferenciados: características sociodemográficas, consumo de medios, consumo de sustancia, valores y actitudes.

**Palabras clave:** *actitudes, alcohol, universitarios, valores.*

## ABSTRACT

---

Alcohol consumption is considered one of the most important problems of public health in the western societies, that it generates diverse problems at physical, psychological and social level. The aim of this paper is three-fold: first, to know the alcohol consumption behaviours among the youngsters and to compare it with the consumption at national level; secondly, to verify the attitudinal trend of the sample in relation with alcohol, in order to predict the trend consumption in the studied population; and, in third, to identify the principal values among the people belonging to our sample, as well as the perceived values associated with the other students.

Our sample is compound by 1.500 university students (first and second cycle), registered in someone of the degree courses offered by the Public Universities of the Province of Alicante during the academic year 2004-2005, of both gender, with ages included between 17 and 28 years or more. They are distributed in the following sections: Engineering and Technology, Social and Juridical Sciences, Health Sciences, Experimental Sciences and Humanities. Data was collected with an ad-hoc questionnaire composed by five thematic differentiated blocks: socio-demographics characteristics, mass-media consumption, substance use and misuse, values and attitudes.

**Key words:** *attitudes, alcohol, university student, values.*

## INTRODUCCIÓN

---

El consumo de alcohol es uno de los problemas más importantes de salud pública al que nos enfrentamos en nuestra sociedad. De acuerdo

con los últimos datos proporcionados por la Encuesta Domiciliaria sobre el Abuso de Drogas en España 2003, un 88,6% de la población española de entre 15 y 64 años había consumido alcohol alguna vez en su vida; un 76,6% alguna vez en los últimos doce meses; un 64,1% alguna vez en los últimos 30 días; y un 14,1% diariamente en los últimos 30 días (Observatorio Español sobre Drogas, 2003). A la luz de estas cifras, podemos decir que el alcohol es una de las sustancias adictivas que un mayor protagonismo tiene en nuestra sociedad.

Uno de los problemas con el que nos encontramos a la hora de estudiar esta droga es el de su normalización entre la población. Así, cuando hablamos de las bebidas alcohólicas nos referimos a un producto de producción, distribución y consumo legal, cuyo uso se halla plenamente incorporado y normalizado en nuestra cultura (Árboles, 1995; Sánchez Pardo, 2001; Pascual Pastor, 2002).

La percepción social del alcohol ha ido cambiando a lo largo de los años (Neuman, 1979; Escotado, 1998; Sánchez Pardo, 2001; Comas, 2002; Navarro Botella, 2002), pasando de ser un producto desconocido a formar parte de nuestras vidas, casi como si se tratara de cualquier otro producto cuyo consumo no implica ninguna consecuencia negativa en quienes, libremente, eligen su ingesta.

El consumo de alcohol ha sufrido diversas variaciones generando importantes cambios en los patrones dominantes. Mientras los años '60 se caracterizaron por un consumo adulto, donde los hombres eran los máximos protagonistas, en la actualidad debemos rendirnos ante la evidencia de la implantación y seguimiento de un consumo joven que se desarrolla principalmente a lo largo del fin de semana y en ambientes festivos (Secades Villa, 1995; Sánchez Pardo, 2001). La evolución epidemiológica nos muestra cómo el consumo de alcohol ha seguido una tendencia a la baja, siendo a finales de los años '70 y principios de los '80, cuando se alcanza en España las cifras más elevadas de consumo de esta sustancia. La edad media de inicio en el mismo para toda la población, se situaba en el año 2003 en los 16.7 años. No obstante, y de acuerdo con los datos de 2001, en la franja de edad de 15 a 19 años esta situación aparece a los 15, sin apenas variación en función del sexo de los individuos. Por otra parte, para edades comprendidas entre los 20 y 24 años, sí se observan cambios en función del sexo, siendo los chicos más precoces (15.7 años) que las chicas (16.4 años) (Observatorio Español sobre Drogas 2001 y 2003).

Por lo que respecta al tema de los valores, podemos afirmar que "orientan las normas, actitudes, opiniones y conductas" (Megías (coord.), 2000) y

desde esta definición parece clara la importante relación que se establece entre adopción de determinados valores y consumo de alcohol.

## **OBJETIVOS Y MÉTODO**

---

### **PARTICIPANTES**

El universo de estudio lo forman los jóvenes de ambos sexos matriculados en alguna de las titulaciones ofertadas por las dos universidades públicas de la provincia de Alicante en el curso académico 2004-2005. Con la finalidad de garantizar la presencia en la muestra de las diferentes ramas de enseñanza, así como el sexo, y una vez fijado el tamaño muestral en 1.500 individuos, se decidió estratificar la población en función de estas dos dimensiones. Finalmente, mientras el 45% de los participantes eran chicos, el 55% restantes eran chicas. La edad de los mismos oscilaba entre los 17 y 28 años.

### **OBJETIVOS**

Este trabajo tiene tres objetivos fundamentales:

1. Conocer los comportamientos de consumo de alcohol de los jóvenes universitarios de la Provincia de Alicante.
2. Conocer la tendencia actitudinal de la muestra hacia el producto, con la finalidad de poder predecir la tendencia de consumo presente y futura de la población objeto de estudio.
3. Identificar los valores predominantes propios de la población objeto de estudio, así como los valores percibidos asociados a otros jóvenes.

### **PROCEDIMIENTO**

Para conseguir estos objetivos se aplicó un cuestionario de opinión a una muestra de la población objeto de estudio a través del cual se pretendía obtener información en torno a cuestiones tales como el consumo de alcohol, actitudes hacia el producto y valores de los jóvenes.

La técnica de recogida de información elegida ha sido un cuestionario de opinión compuesto por cinco bloques diferenciados. El primero está

integrado por datos de carácter sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, situación de convivencia, religión, ideología política, etc). El segundo recoge información en torno al consumo de medios. Los datos sobre consumo de la sustancia se recogen en el bloque 3. El cuarto, recoge dos baterías idénticas de valores cuya finalidad es identificar los valores más importantes para los estudiantes así como la percepción que ellos tienen de los valores más importantes para su grupo de iguales. El quinto y último bloque, presenta una escala de actitudes que nos permite conocer la actitud de los jóvenes hacia el alcohol.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Atendiendo a la variable sexo, el 45% de los encuestados fueron hombres frente al 55% de mujeres. Por lo que respecta a la edad, pudimos observar el 50.3% pertenecía al rango de entre 17 y 20 años, el 42.8% al de 21-25 y el 6.9% restante contaba con más de 26 años. La mayoría de los jóvenes se declararon solteros (94.7%), viven con sus padres (79.5%), son católicos (49.3%) y de izquierda (25.4%) o centro izquierda (21.5%).

### CONSUMO DE ALCOHOL

- El 98.5% de la población consultada afirmó haber consumido alcohol en alguna ocasión a lo largo de toda su vida, frente al 1.5% que declaró no haberlo probado nunca. No obstante, el hecho de haber consumido alguna vez, no implica que se siga haciendo en la actualidad, cosa que pudimos observar al preguntar las situaciones de consumo. De este modo, observamos como un 4.1% de los sujetos afirmaba no consumir en la actualidad.
- La situación de consumo habitual se desarrolla a lo largo del fin de semana (47%) y sólo en fiestas y reuniones (32%). Únicamente el 2.2% dice beber todos los días.
- La edad de inicio del consumo se sitúa entre los 14 y los 15 años, sin observar apenas variación en función del sexo.
- El 29.5% de los encuestados afirmó haber perdido la cuenta de las veces que se había emborrachado frente al 17.3% que no lo ha hecho nunca.

- El patrón de consumo de los jóvenes universitarios de la provincia de Alicante responde al esporádico, es decir, consumen de 1 a 3 días al mes, 1 día cada dos o tres meses, 1 día o 2 al año.
- Mientras que el tipo de bebedores predominante es e moderado (176 a 525 ml/semana), seguido del ligero (1 a 175 ml/semana).
- El tipo de producto más consumido es la cerveza, seguida del whisky y del vodka. No obstante esta información contrasta con las marcas más nombradas ya que la primera de ellas corresponde a un whisky (White Label), la segunda a la cerveza (Heineken) y sólo la cuarta a un vodka (Smirnoff), correspondiendo la tercera más consumida a la de un vermú (Martini), producto que ni siquiera aparece entre los 10 más consumidos.
- Los pubs y las discotecas son los lugares elegidos en un 77.6% de los casos para desarrollar las conductas de consumo, seguidos de las fiestas con amigos y los bares y/o cafeterías.

#### VALORES DE REFERENCIA DE LOS JÓVENES

- Con el objeto de identificar los valores predominantes entre la muestra objeto de estudio, se plantearon dos preguntas, a modo de escala de 1 a 5 y 31 *ítem* (en anexo), que trataban de medir dos aspectos diferentes: la primera buscaba conocer cómo son percibidos una serie de valores por la muestra con relación al grupo de jóvenes en general; la segunda adoptaba una visión más individual, tratando de conocer la importancia de esos valores para cada uno de los jóvenes. Realizando una comparación *ítem a ítem*, hallamos diferencias en la importancia concedida a los diferentes valores en función de que se tratase de la escala de valores del grupo y la escala de valores individuales. De este modo, existen un 95% de posibilidades de que la importancia concedida a los valores propuestos sea diferente en función de que sean percibidos o individuales, para todos los *ítems* a excepción de la *Libertad* ( $p=.457$ ), valor este para el que no se halló diferencias significativas para rechazar la hipótesis nula que defiende la igualdad de medias. Desde el punto de vista de los valores observados en el resto de iguales, la *libertad* (media=4.51), es el valor percibido como más importante entre los jóvenes, seguido del *disfrute del tiempo libre* (media=4.48) y de la *atracción sexual* (media=4.33). Por el contrario, son los valores

relacionados con el desorden o la desobediencia, como es el caso de la *transgresión* (media=2.86) y la *rebeldía* (media=3.13), y los relacionados con el altruismo, *solidaridad* (media=2.96), *comportamientos éticos* (media=2.77) y *compromiso social* (media=2.58), los que se sitúan en último lugar. Desde un punto de vista individual la amistad cobra un nuevo protagonismo, al situarse en el nivel más alto del mismo. Es más, la media obtenida por este ítem, supera en 0.15 puntos a la media más alta obtenida en la escala anterior. A pesar de que hallamos algunas coincidencias en ambos *ranking*, observamos grandes diferencias que conviene resaltar. Algunos de los valores que en el caso de los percibidos en el grupo se hallaban por debajo del promedio general como por ejemplo: *prepararse para el futuro*, *esfuerzo personal*, *armonía familiar*, *construcción de la propia realidad*, *mantener y cuidar la salud*, *comportamientos éticos* o *compromiso social*, en el caso de los individuales adquieren un peso importante, situándose por encima del promedio. Cabe resaltar el caso de la *familia* que, si bien los jóvenes creen que para el grupo es un valor ni muy ni poco importante (media=3.20), desde una perspectiva más subjetiva, se sitúa entre uno de los valores más puntuados (media=4.28). Lo mismo sucedería con aspectos tales como *prepararse para el futuro* o el *esfuerzo personal*, valores ambos que adquieren un peso importante cuando se les pregunta por la importancia concedida en sus propias vidas.

- Tras realizar un análisis factorial de ambas escalas, observamos que son siete los factores extraídos en cada caso, coincidiendo además los valores que componen cada uno de ellos. Realizando una comparación de las medias de cada factor en ambas escalas, observamos que las posiciones varían. Cabe destacar que en ambos casos los valores de tipo idealista (libertad, capacidad para elegir, construcción de la propia realidad, independencia y amistad) se hallan en el primer lugar del *ranking*. No obstante, llama la atención que si bien los valores altruistas normativos (solidaridad, compromiso social, comportamientos éticos, esfuerzo personal, prepararse para el futuro, mantener y cuidar la salud y armonía familiar) se ubican en un segundo lugar en el universo valorativo de los jóvenes, cuando realizamos el análisis teniendo en cuenta la importancia percibida en el grupo, su ubicación baja hasta situarse en un último lugar.

## ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL

De las actitudes de los jóvenes encuestados hacia el alcohol, debemos destacar su clara postura hacia posiciones contrarias a este producto. En términos generales, podemos afirmar que la evaluación del alcohol por parte de los componentes de la muestra es desfavorable, la mayoría de los jóvenes (73%) declararon tener una actitud negativa hacia el alcohol y, por lo tanto, favorable hacia el mantenimiento de la salud.

## DISCUSIÓN

---

La percepción social del problema del alcohol en España ha sufrido diversas variaciones a lo largo de los años, pasando de ser un producto prácticamente desconocido a formar parte de nuestras vidas como si de un producto de consumo masivo más se tratara. Lo cierto es que el consumo de esta sustancia ha sufrido ciertas variaciones hasta llegar a la actualidad. Junto con los cambios en la cantidad consumida, los propios patrones se han visto alterados hasta situar a los jóvenes en el centro de la problemática. Los datos obtenidos en el estudio presentado nos permiten afirmar, de manera rotunda, que las bebidas alcohólicas son una sustancia cuyo uso se halla ampliamente extendido no solo entre la población española, sino más en concreto entre los jóvenes universitarios de la provincia de Alicante. Esta afirmación queda respaldada por el alto porcentaje de sujetos (98.5%) que afirmó haber probado en alguna ocasión el alcohol. Las altas cifras de consumo nos hacen volver la mirada hacia una problemática que involucra no solo al segmento de la población adulta sino también a los jóvenes que con tan solo 14 años se inician en el consumo de una droga legal en nuestro país que, en numerosas ocasiones, sirve de pretexto para tomar contacto con muchas otras que se sitúan al margen de esa legalidad.

Tal y como hemos podido comprobar en la literatura al respecto (Rubio Valladolid, 2000; Pascual Pastor, 2002; Sánchez, 2002), en la actualidad los jóvenes centran su consumo en el fin de semana y en situaciones de fiesta y diversión, momento en el que el máximo protagonista de las reuniones es el alcohol. Reuniones que, además, se desarrollan principalmente en pubs y discotecas (77.6%). Los jóvenes aprovechan los momentos de relación con su grupo de iguales para alcanzar altísimos índices de consumo que, en no pocas ocasiones, terminan en un cuadro

de embriaguez. Cuando estudiamos la problemática del consumo de alcohol, una de las cuestiones que más preocupa no es tanto el uso de este producto como su abuso. El hecho de que un 29.5% de los jóvenes consultados no recuerde las veces en las que se ha emborrachado, nos indica cuán extendido y cuán normalizado está este comportamiento en nuestra sociedad.

A la hora de identificar los factores de riesgo que pueden llevar a los jóvenes al consumo de bebidas alcohólicas, nos encontramos que tanto el entorno familiar, como el grupo de iguales, la comunidad, la escuela o los medios de comunicación juegan un papel fundamental en el inicio del consumo. No obstante, la educación en valores del individuo adquiere cierto protagonismo en el desarrollo o no de determinadas conductas de riesgo. De este modo, es posible identificar una serie de valores de riesgo que se pueden asociar directamente con el consumo de drogas, en su sentido más amplio. De acuerdo con Megías (2001), la adopción de valores tales como la competitividad, el afán de experimentación, el inmediatismo, la insolidaridad, la enfatización de la autonomía, el liberalismo sexual, etc., pueden llevar al individuo a desarrollar conductas de consumo de estas sustancias. Uno de nuestros objetivos era describir en universo valorativo de los jóvenes consultados y, tras analizar los resultados obtenidos pudimos comprobar que éstos son algunos de los valores de referencia de los mismos.

## REFERENCIAS

- Árboles, J. (1995). *Sociología y causas del alcoholismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra 2000.
- Comas, D. (2002). "La percepción social de los problemas" [en línea]. En: FAD y cols., *Sociedad y Drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD. p. 77-94. Disponible en <http://www.fad.es/estudios/index.htm> [Consulta: 21 mayo 2003].
- Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Megías, E. (coord.) (2000). *Valores sociales y su relación con las drogas* [en línea]. Barcelona: Fundación "La Caixa". Disponible en [http://www.estudis.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos\\_cat](http://www.estudis.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos_cat) [Consulta: 7 julio 2004].
- Megías, E. (dir.) (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD.
- Navarro Botella, J. (2002). "El consumo de drogas" [en línea]. En: FAD y cols., *Sociedad y Drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, pp. 15-29. Disponible en [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm) [Consulta: 21 mayo 2003].

- Neuman, E. (1979). *La sociedad de la droga*. Buenos Aires: Lerner Editores Asociados.
- Observatorio Español sobre Drogas (2001). *Informe nº4. Marzo 2001* [en línea]. Madrid: Ministerio del Interior/ DGPNSD. Disponible en <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/oed-4.pdf>, [Consulta: 16 junio 2003].
- Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Informe nº6. Noviembre 2003* [en línea]. Madrid: Ministerio del Interior/ DGPNSD. Disponible en <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria2001.pdf> [Consulta: 16 junio 2003].
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes, *Adicciones*, 14(1):123-131.
- Rubio, G. (2000). Alcoholismo juvenil, *Jano*, 59 (1316): 20-26.
- Sánchez, R. (2002). Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites, *Adicciones*, 14 (supl. 1): 133-140.
- Sánchez Pardo, L. (2001). Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España, *Trastornos Adictivos*, 3(2):85-94.
- Secades, R. (1995). *Alcoholismo juvenil*. Madrid: Ediciones Pirámide.

**ANEXO**  
**ESCALA DE VALORES**

Éxito profesional o social	1	2	3	4	5
Poder	1	2	3	4	5
Competitividad	1	2	3	4	5
Tener y/o consumir cosas	1	2	3	4	5
Libertad	1	2	3	4	5
Capacidad para elegir	1	2	3	4	5
Construcción de la propia realidad	1	2	3	4	5
Independencia	1	2	3	4	5
Transgresión	1	2	3	4	5
Rebeldía	1	2	3	4	5
Riesgo	1	2	3	4	5
Experimentar nuevas sensaciones	1	2	3	4	5
Romper los límites	1	2	3	4	5
Identificación con otros jóvenes	1	2	3	4	5
Pertenencia a un determinado grupo	1	2	3	4	5
Amistad	1	2	3	4	5
Diferenciación de los adultos	1	2	3	4	5
Diferenciación de otros jóvenes	1	2	3	4	5
Solidaridad	1	2	3	4	5
Compromiso social (ayuda desfavorecidos)	1	2	3	4	5
Hedonismo (el placer por el placer)	1	2	3	4	5
Vivir al día, no preocuparse del futuro	1	2	3	4	5
Disfrutar del tiempo libre /ocio	1	2	3	4	5
Cuidado de la imagen personal	1	2	3	4	5
Atracción sexual	1	2	3	4	5
Sedución	1	2	3	4	5
Comportamientos éticos	1	2	3	4	5
Esfuerzo personal, superación	1	2	3	4	5
Prepararse para el futuro (formarse, etc)	1	2	3	4	5
Mantener y cuidar la salud	1	2	3	4	5
Armonía familiar (buenas relaciones familiares)	1	2	3	4	5



---

*ORIGINALES*

---



---

## NUEVAS TENDENCIAS EN PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

---

**Guillermo A. Castaño**  
*Fundación Universitaria Luís Amigo, Colombia*

Recibido: 11-09-2006. Aceptado: 18-10-2006

### RESUMEN

---

La prevención al consumo-abuso de sustancias psicoactivas se mantiene como una de las prioridades en las políticas de salud pública y una necesidad apremiante para muchas comunidades y grupos poblacionales de riesgo.

Los resultados obtenidos hasta el momento con los programas desarrollados dejan mucho que desear, pues siguen aumentando los índices de prevalencia e incidencia al consumo-abuso del alcohol y otras drogas en el mundo entero.

Se insiste permanentemente en la necesidad de evaluar las propuestas y de sustentarlas en bases teóricas científicas. Cada vez son más los programas que siguen estas recomendaciones, pero sin embargo algo no sigue funcionando y la respuesta podría estar en las estrategias y metodologías utilizadas para grupos poblacionales específicos y adecuados a los contextos socioculturales. La búsqueda de estas experiencias, estrategias y metodologías novedosas y exitosas se ha convertido en una constante preocupación de los expertos en el tema.

El objetivo de este artículo es revisar algunas metodologías y estrategias no convencionales que se han venido utilizando en materia de prevención al consumo-abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas

---

#### **Correspondencia:**

Guillermo A. Castaño P.

Fundación Universitaria Luís Amigo. Transversal 51 A - No. 67 B - 90. Fundación Universitaria Luís Amigo. Medellín (Colombia).

E-mail: gcastano@funlam.edu.co

y las nuevas tendencias que están apareciendo en el medio, muchas de ellas todavía sin evaluar, pero que por su novedad son importantes seguirlas y tenerlas en cuenta. Entre las revisadas por este artículo, se encuentran: las intervenciones culturalmente apropiadas relacionadas con el consumo de alcohol; los videojuegos y los juegos interactivos; el cine y la lectura de cuentos; la prevención a través de teléfonos móviles; la prevención en entornos recreativos, las unidades móviles de prevención y el Internet.

**Palabras clave:** *prevención, drogodependencias, criterios mínimos de calidad, estrategias, nuevas tendencias.*

### *ABSTRACT*

---

Prevention of psychoactive substances use and abuse is one of the priorities in Public Health and an important need for many communities and groups in risk.

The results that have been obtained with the programs already developed are not representative, since prevalence and incidence indexes of consumption-abuse of alcohol and other drugs have increased.

People insist permanently on the need of evaluating proposals and supporting them on a scientific theoretical basis. Everyday more and more programs follow these recommendations, however something is still not working. The answer could be found in the strategies and methodologies that are used for specific groups of people and adequate to social and cultural contexts. The search for these new and successful experiences, strategies and methodologies has become a worry of the experts on the topic.

The aim of this article is to review some non-conventional methodologies and strategies that have been used in prevention of consumption and abuse of alcohol and other psychoactive substances, and the new trends that are showing up, some of them still without being evaluated, but that because of being a novelty are worth to be followed and taken into account.

In this article, the following strategies are reviewed: culturally appropriate interventions related to alcohol consumption, video games and interactive games, movies and short story readings, prevention through cell phones, prevention in recreation environments, prevention mobile units and internet.

**Key words:** *prevention, drug addictions, minimum quality criteria, strategies, new trends.*

Hablar de las nuevas tendencias en Prevención de las drogodependencias, es una tarea compleja y difícil por los cientos de iniciativas que continuamente se están desarrollando en el mundo y además porque gracias a Organismos Internacionales como las Naciones Unidas —UNODC—, el Instituto Nacional de Drogas de Abuso de los EE.UU. —NIDA—, la Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos —CICAD/OEA— y el Observatorio Europeo de Drogodependencias —OEDT—, entre otros, de manera permanente están divulgando las estrategias más exitosas y que han probado su eficacia y efectividad.

Más que novedades, hoy se destaca la importancia de elaborar programas preventivos basados en una adecuada base teórica y, que ésta tenga una base científica.

Aunque esta labor parecería fácil, la realidad ha indicado que no siempre lo es, lo que al tiempo muestra que, aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el campo de la Prevención en Drogodependencias, todavía queda mucho por recorrer para llegar al nivel de efectividad que a todos nos gustaría obtener.

Los intentos por prevenir el consumo/abuso de drogas, se ponen en marcha desde la década de los 60, con todo un entramado de estrategias que fueron variando posteriormente conforme se iba entendiendo y ampliando tanto las causas del problema como los posibles factores que incidían en el mismo.

En la década de los 60-70 se elaboraban e implementaban programas basados en el conocimiento y en proporcionar información sobre el uso de drogas y sus efectos a toda la población en general. Estos programas estaban basados en el modelo médico. Con el paso del tiempo se demostró que eran contrapreventivos ya que por un lado incitaban al no consumidor y los consumidores no creían en ellos, debido a que la información, la mayoría de las veces, era demasiado drástica e irreal.

En los 70-80 al modelo médico se le añade el componente psicosocial y se elaboran programas afectivos e inespecíficos, dirigidos a poblaciones más pequeñas. Se utilizaron estrategias como el uso del miedo, modelos ex-toxicómanos, información de expertos, se trataba de intervenciones poco sistemáticas, aisladas y sin mucha continuidad. En los 80-90, y poniendo especial peso en la escuela, se trabaja con el modelo

pedagógico, con programas basados en el modelo de influencia social: habilidades sociales y de resistencia.

Como podemos observar el trabajo realizado en el campo de las drogodependencias se ha nutrido de diversas teorías basadas en las diferentes partes que componen al ser humano: lo social, lo biológico y lo psicológico. Se ha trabajado durante años con teorías basadas en el aprendizaje social, en la conducta, en las causas interpersonales, en la afectividad, en lo social y teorías basadas en las etapas evolutivas y en los procesos patológicos.

Cada una de ellas ha sido utilizada dependiendo del contexto y del programa a elaborar, así como del enfoque teórico bajo el cual se trabajaba. En la actualidad existe la necesidad de revisar todas estas teorías que en su momento se han ido elaborando y aplicando desde las diferentes ciencias humanas, políticas, médicas, sociales, educativas, con el objetivo de conformar un marco teórico para trabajar en la prevención ya que la intervención debe desarrollarse con programas efectivos que puedan ser evaluados en el tiempo y que puedan tener resultados científicamente probados y aplicables a otros contextos y que sean capaces de abarcar al ser humano en toda su globalidad.

Con respecto a la evaluación, Kormblit (1987), describe las cuatro etapas, por las que ha transitado la prevención al consumo/abuso de drogas. La primera, a fines de la década de los 60, orientada por los Estados Unidos, donde se confiaba especialmente la prevención al papel de la información y las técnicas intimidatorias; iniciativas estas que fueron poco evaluadas y que más tarde mostraron su ineficacia y el riesgo de hacer contra prevención.

En la segunda etapa, primeros años de la década de los 70 aparecen las primeras evaluaciones de programas, que muestran que la mayoría de las propuestas contienen información científica y médica incorrecta, encontrándose que solo unos muy pocos eran "aceptables" y que la mayoría de los programas aplicados no resistían el análisis evaluativo, debido a profundas fallas metodológicas, exceso de información, uso del miedo como recurso, y la falta de una filosofía clara en los objetivos planteados.

Otras evaluaciones también mostraron que incluso aquellos programas novedosos, que buscan mejorar autoestima, valores, habilidades sociales, habían producido resultados poco convincentes e incluso contraproducentes.

En la tercera etapa, segunda mitad de la década del 70, se insiste en la importancia de la evaluación y en la necesidad de hacer precisiones

metodológicas concretas con respecto a las técnicas que debían emplearse. Se desarrollan diferentes estrategias: grupos de crecimiento personal, clarificación de valores, entrenamiento en la toma de decisiones, etc., a la vez que se critica el modelo teórico subyacente a los trabajos anteriores basados en la secuencia "cambio de actitudes-cambio de conductas." Kormblit (1987).

La cuarta etapa, a partir del comienzo de los 80 muestra, la escasa eficacia de los programas específicos de educación sobre drogas, lo que ha llevado a la búsqueda de énfasis distintos, a través de programas más centrados en el ser humano y su entorno, con un enfoque integral, diferenciando grupos poblacionales concretos y en contextos concretos.

La nueva propuesta, habla de un Modelo comprensivo, el cual pretende integrar las teorías hasta ahora trabajadas secuenciando los pasos desde los posibles factores existentes para el consumo hasta a que este se de o no se de. Ello supone tener en cuenta las teorías evolutivas de la persona, a su vez debe estar derivado de la observación, comprobación de la misma y elaboración de un marco conceptual que nos permita comprender esa parte de la realidad sobre la que elaboramos la teoría, y con ello, también poder predecir e intervenir en ello si es necesario. (Becoña, 2001).

Consecuente con el desarrollo de nuevos modelo, aparece una nueva clasificación sobre tipos de prevención, propuesta, por Gordón (1987), citado por Becoña (2001) y aceptada por el NIDA en 1997, e implementada por Gilchrist (1995) y que deja a atrás la tradicional propuesta hecha por Caplan (1980) de primaria, secundaria y terciaria, planteando mejores criterios para la selección de la población a la cual dirigir las acciones y determinando estrategias concretas para cada tipo poblacional.

Los nuevos tipos de prevención propuestos corresponden a la prevención: universal, selectiva e indicada. Universal la que va dirigida a un grupo poblacional vasto, amplio, por ejemplo a los jóvenes; desarrolla estrategias y acciones generales no muy intensas que intentan dotar de herramientas generales a esta población: habilidades para la vida (comunicarse mejor) esclarecimiento de valores (discernimiento). Selectiva: dirigida a un subgrupo que presenta una proclividad mayor al consumo; puede ser por ejemplo un grupo de adolescentes a los que se les ha detectado como con mayores probabilidades de consumo, lo que podemos denominar un grupo de riesgo, e indicada cuando el conjunto de acciones encaminadas a un grupo objetivo (grupo diana) al que puede considerarse un subgrupo, detectado como sujetos experimentadores de sustancias, denominados de alto riesgo; en este nivel se consideran

los grupos de alto riesgo no sólo de consumo, sino aquellos cercanos a la producción y/o potencialmente involucrados en el tráfico.

De otro lado y en relación con las investigaciones y evaluaciones que se han hecho en torno a la prevención del consumo/abuso de drogas se han establecido unos criterios mínimos de calidad en los programas, que sin corresponder a una nueva tendencia, si dan cuenta de los avances logrados (OEDT, 1996) y que ameritan ser tenidos en cuenta, para conseguir eficacia y efectividad en los programas de prevención que se emprendan, constituyéndose en principios básicos, los cuales por su importancia, aunque no del todo novedosos, relaciono a continuación:

1. Los programas de Prevención deben establecerse en conjunto con la comunidad. A partir de un diagnóstico participativo deberán identificarse las necesidades y definirse las estrategias de intervención.
2. Los programas de prevención deben ser adecuados para cada contexto y para cada población a la que van dirigidos.
3. Los programas de prevención deben catalogarse en función de los siguientes elementos: objetivos que se persiguen, delimitación de la población a la que van dirigidos y estrategias a ser utilizadas.
4. Los objetivos que plantean los programas de prevención deben ser realistas, claros y medibles.
5. La prevención requiere un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar, donde cada profesión o disciplina sea igualmente valorada y no haya cabida para los lenguajes hegemónicos.
6. Las propuestas de prevención deben superar las estrategias puntuales y deben generar procesos locales de autogestión tendiendo a que los programas sean sostenibles en el tiempo por sí mismos, con eficacia y efectividad.
7. Los programas de prevención realizados en el marco escolar deben continuar en el tiempo, adaptándose a lo largo de los cursos y a los niveles de desarrollo de los alumnos.
8. Los programas de prevención deben promover el trabajo conjunto y responsable, del individuo, la familia y comunidad en general en la estrategia preventiva, fomentando las redes de soporte, así como acciones paralelas y complementarias en los distintos contextos: escolar, familiar, medios de comunicación, etc.
9. Los procesos de prevención deben ir dirigidos a minimizar los factores de riesgo y a fortalecer los factores protectores contra el consumo de drogas.

10. Los programas de prevención deben tener la intensidad y la duración adecuadas para cada grupo al que van dirigidos: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.
11. Los programas de prevención dirigidos a adolescentes deben utilizar métodos interactivos y entrenamiento en habilidades para rechazar ofertas de consumo de drogas.
12. Los programas de prevención realizados en el marco escolar, deben involucrar a los padres para que estos refuercen lo que se realiza en el aula, y establezcan una discusión abierta sobre este tema en el hogar.
13. La prevención debe tener una fase de planificación que incluya la determinación de necesidades, objetivos, beneficiarios directos e intermediarios. Hay que plantear metas que sean evaluables.
14. El marco teórico y el enfoque de la propuesta de prevención, de cada organización, deben ser explícitos desde el comienzo, y deben ser fundamentados científicamente, con una descripción del proceso y con la estrategia de evaluación integral acorde y definida (proceso, resultados, impacto).
15. En la fase de planificación de una intervención preventiva, deberá tenerse en cuenta qué otros recursos de la comunidad realizan acciones que influyan en los factores de riesgo y/o protección que se pretende afectar con la intervención y en lo posible, tratar de generar sinergias con esas otras iniciativas.
16. Los programas de prevención deben ser revisados en base a las evaluaciones que se vayan realizando y deben incorporar los elementos que posibiliten un aumento de su eficacia.
17. Los programas deben contener criterios de valoración y validación para establecer la idoneidad de los materiales y metodologías destinados al desarrollo del programa.
18. Los programas de prevención deben considerar la evidencia científica disponible e incorporar los mayores elementos posibles de tales evidencias.
19. Los programas de prevención deberían incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir las drogas cuando sean ofrecidas, reforzar la actitud y los compromisos personales contra el uso de drogas, y aumentar la habilidad social (o sea, en comunicación, relaciones con compañeros, eficacia personal y confianza en sí mismo).

20. La programación de la prevención debe adaptarse para atender la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la comunidad local.
21. Los programas de prevención deben orientarse a grupos de edad específica, y ser apropiados a la etapa del desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.
22. Los programas de prevención eficaces son rentables. Por cada \$1 que se gasta en la prevención del uso de drogas, la comunidad puede ahorrar \$4 ó \$5 del costo que implicaría la orientación psicológica y el tratamiento contra el abuso de drogas. (*Pentz, sf*)

Finalmente y con respecto a las nuevas tendencias en materia preventiva, si se podría decir que existen algunas que marcan actualidad en el desarrollo de estrategias, muchas de ellas todavía en fase experimental que requerirán sin duda de evaluaciones, para mostrar su eficacia y su efectividad. Entre ellas se encuentran: las intervenciones culturalmente apropiadas relacionadas con el consumo de alcohol; los videojuegos y los juegos interactivos; el cine y la lectura de cuentos; la prevención a través de teléfonos móviles; la prevención en entornos recreativos, las unidades móviles de prevención y el Internet.

### *INTERVENCIONES CULTURALMENTE APROPIADAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL*

---

Con respecto a los contextos, y mas específicamente en relación con el alcohol, se insiste en la importancia de realizar Intervenciones “culturalmente apropiadas” y en el seno de las propias comunidades, aplicando criterios de abordaje que las incluyan y las conviertan en los protagonistas (Castaño, 2002).

Esta propuesta cobra relevancia en virtud de que los problemas ocasionados por el alcohol comienzan a ser percibidos en su real dimensión tanto en un nivel cuantitativo como por sus particulares características en cada área, zona, región o comunidad específica.

Por otro lado, también refuerza esta propuesta el análisis de la problemática, a la luz de aspectos socioculturales, donde se analiza el consumo, no a través de una lectura, estigmatizante, prohibitoria y sancionadora, sino a partir de la propia peculiaridad del consumo en cada contexto sociocultural, pues es justamente en el terreno de la práctica comunitaria

donde muchos preconceptos y estereotipos se derrumban a partir del simple contacto con la realidad y la necesidad de operar sobre ella de una manera más realista y más práctica. Es el caso del papel del alcohol, principalmente en las sociedades occidentales, en donde a pesar de los distintos riesgos que se corren con el consumo, éste es considerado legal y socialmente aceptado, así el límite entre la normalidad y anormalidad, que depende básicamente de la relación que el individuo establezca con la sustancia, sea bastante difusa.

Derrumbado el estereotipo que retroalimentan la tendencia a plantear que el alcoholismo es un problema “inevitable” y que para ello hay que evitar el contacto con la sustancia, se hace más probable que las comunidades y los sujetos participen activamente en programas de prevención que prevengan su abuso, asegurando su eficacia y eficiencia, pues está probado que los más eficientes son aquellos que son comprendidos como propios por parte de los beneficiarios.

Es evidente entonces que cada individuo, grupo o comunidad define la categorización y el valor simbólico, económico y socio-cultural de cada sustancia. Si se tiene en cuenta que estos condicionamientos no son “agregados” o “externos”, sino intrínsecos a cada sujeto y comunidad, la problematización del consumo/abuso de alcohol, se acerca un poco más a la realidad, a lo socio-cultural y estructural, siendo posible el abordaje de este, sin prejuicios, rótulos o etiquetas, lo que asegura mejores resultados.

La sola presencia de las bebidas alcohólicas, pese sus restricciones, en la cotidianidad de las personas, ofrece una idea bastante concreta de la importancia y sentido de estas bebidas dentro de la sociedad y de cómo ésta realidad es percibida por la población, poniendo de relieve además como el alcohol ha sido transformado en un objeto más de consumo y como su uso se particulariza y generaliza dentro de las comunidades.

Los hechos y análisis mencionados anteriormente indican pues la necesidad de desarrollar estrategias de prevención más realistas, pragmáticas y acordes a las necesidades y contextos socio-culturales de las poblaciones, con las que se pretende trabajar, más que pensar en la utopía de una sociedad abstemia. Por lo tanto, los objetivos de Prevención deben estar orientados a:

- Retrasar la edad de inicio en el consumo hasta que el sujeto, este física y psicológicamente maduro, para reducir los riesgos y daños que puede conllevar el consumo de alcohol.

- Dar los elementos necesarios y suficientes para que los sujetos asuman una posición y una actitud responsable frente al alcohol.
- Educar y formar a los sujetos y comunidades en la cultura del saber beber.
- Educar para la salud y entrenar para la gestión de riesgos.

Con respecto al aprendizaje de la cultura del saber beber, naturalmente, no estamos hablando de una cultura del alcohol propiamente dicha, pero sí de lo que una cultura puede aportar a las actitudes con respecto al consumo de alcohol. Toda cultura supone un ordenamiento, un establecimiento de diferencias, una articulación a través de mediaciones, la asignación de tiempos y lugares, la diferenciación clara entre lo prescrito, lo proscrito y lo posible. En una cultura del saber beber, el alcohol, tiene su lugar, en relación con un tiempo especificado, con actividades determinadas; cada tipo de alcohol tiene su tiempo y su lugar para ser bebido; también su medida y su relatividad con el sexo.

En una cultura del saber beber, en suma, hay una relación socializada del sujeto con el alcohol, un control individual y social sobre la bebida y su relación con el placer; rompiéndose por tanto la cultura cuando el beber y el placer no se sujeta a lo establecido por esa misma cultura.

Sin pretensiones de prolijidad, me limitaré a señalar que esta propuesta implica un aprendizaje social de la cultura del saber beber alcohol, que puede ser, no una recuperación, ni actualización, pues nunca ha sido, propiamente hablando transmitida. No se trata, al menos en nuestro país, de algo que se ha perdido, sino que muchos nunca la han tenido y en relación con los jóvenes si esto lo transmitimos, seguramente estaremos haciendo prevención.

De manera sucinta, este aprendizaje se caracteriza por formar y capacitar, además del conocimiento de la misma sustancia en los siguientes tópicos: (Castaño, 2002a)

- Cuándo beber
- Qué hacer antes de beber
- Qué beber
- Qué hacer mientras se bebe
- Con quién beber
- Hasta dónde beber
- Qué hacer después de que se ha bebido

- Recomendaciones para beber
- Desmitificar el concepto “Rumba-Fiesta” igual alcohol

Llegados a este punto, resulta pues evidente que la propuesta no busca mantener a los sujetos, incluyendo los jóvenes al margen del alcohol, como tampoco el conseguir una sociedad libre de alcohol. Desde el análisis y estrategia propuesta, lo que si es evidente es que aquí la prevención lo que busca es reducir los riesgos del consumo de alcohol, una sustancia consumida tradicionalmente, legal y socialmente aceptada con la que tendremos que seguir conviviendo por el tiempo que dure, seguramente, la existencia humana.

Esto no implica ninguna forma de renuncia; no supone la aceptación pasiva y resignada, si se quiere impotente. Se trata más bien de intentar reconocer en toda su dimensión aquello a lo que nos enfrentamos. Se trata de ser consecuentes con algo que es cultural, socialmente aceptado y permitido; se trata de conseguir que no se consuma en los casos en que esto no sea posible, que se consuma controladamente y de formas menos peligrosas, más compatibles con el respeto hacia el otro, los otros y de la libertad personal, en donde si se decide consumir, porque también puede decidirse no hacerse, se haga de manera responsable.

## VÍDEOJUEGOS

Aprovechando la tecnología y la afición de los niños, adolescentes y jóvenes a los videojuegos, se está empezando a aprovechar este tipo de estrategias en la prevención al consumo-abuso de sustancias psicoactivas. Una de estas propuestas, publicada en *Socidrogalcohol*, 2005, Madrid, ([psiquiatria.com](http://psiquiatria.com)) y que se puede encontrar en Internet en <http://www.tavad.com/juego-adiccion-virtual.htm>, fue diseñado por la empresa Tavad, dedicada a tratamientos de adicción y supone un nuevo método para la prevención contra la droga y una “vacuna psicológica” contra la adicción.

El videojuego consiste en una carrera de motos en la que se pueden elegir dos opciones para conducir con o sin drogas. Si el jugador decide drogarse empezará la competencia de manera más veloz, pero a medida que avanza, perderá facultades y tiempo, ya que tendrá que parar para aspirar cocaína, sin la cual no puede seguir adelante. Un “contador cerebral” mostrará que está recargado de droga, como si fuera un tanque de

gasolina, pero a medida que al motorista se le pasan los efectos de la droga no podrá seguir corriendo, entonces manifestará: Quiero otra dosis. Pulsando la tecla “enter”, el jugador “esnifa” una raya y continúa, pero ha perdido demasiado tiempo como para poder ganar. De esta manera el participante “experimenta por sí mismo las consecuencias negativas del consumo y la adicción a la cocaína” con la ventaja que supone que sólo se trata de una prueba virtual y que no implica ningún tipo de riesgo.

En cambio, si se elige conducir sin drogas el jugador no tendrá que perder tiempo en “recargar” drogas, sus reflejos serán nítidos y constantes y tendrá más posibilidades de salir triunfador

## JUEGOS INTERACTIVOS

Los juegos interactivos, constituyen también otra modalidad novedosa en la prevención al consumo-abuso de alcohol y otras drogas en los menores de edad, los cuales además de prevenir buscan la adecuada utilización del ocio y tiempo libre. Ejemplos de estos SINESIO y El Juego de la Vida.



SINESIO



El juego de la Vida

El primero que busca prevenir las drogodependencias, es un juego de plataformas que describe situaciones cotidianas en la vida de un/a adolescente. Se compone de 6 escenarios diferentes. Uno, central o de “fase real” del juego, consistente en el camino que recorre el personaje desde su casa hasta su centro de estudio. Otros cinco, son “fases imaginarias” que van apareciendo en distintos momentos del recorrido, en los que se plantearán situaciones en las que el personaje protagonista interactuará con o otros personajes.

El formato se ha diseñado de forma que se asemeje a juegos existentes en el mercado, a fin de que el jugador entre rápidamente en la mecánica de la partida, asimilando el contenido lúdico y logrando un nivel de motivación inicial alto.

El segundo, el juego de la vida, está basado en sesenta y dos casillas, cincuenta interiores y doce casillas exteriores. Las casillas interiores tienen como finalidad representar la vida de una persona normal pasando por diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la plena realización.

Las casillas exteriores representan, a grandes rasgos, la vida de una persona toxicómana desde su inicio, en el lamentable mundo de la drogadicción, hasta su rehabilitación. El juego cuenta con un personaje, el cual será dirigido por los diferentes jugadores. Al personaje en cuestión se le ha puesto el nombre de Fernando.

Este juego está diseñado para jugar desde muy tempranas edades, aproximadamente desde los cinco años, todo va a depender de los coeficientes de cada niño, y de la decisión de los padres y educadores a implantarlo, nuestro consejo es que se haga lo antes posible, esto tiene una explicación fácil y sencilla.

El juego basado en diferentes estudios, que muestran que las bandas organizadas de distribución de drogas están teniendo cada vez menos escrúpulos, y dirigen frecuentemente el ofrecimiento de las diferentes drogas cada vez a edades más tempranas, consiguiendo que incluso este ofrecimiento sea en colegios, busca que los niños estén suficientemente informados a la hora en que reciban dicho ofrecimiento.

---

### *CINE, LECTURA DE CUENTOS Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO/ ABUSO DE DROGAS*

---

Entre los distintos medios de comunicación social, el cine tiene una gran capacidad para transmitir valores, actitudes y modelos de vida porque en el cine se reinterpreta la realidad circundante e incluso, se reinventa de forma espectacular. Por eso, el cine juega un papel fundamental en los procesos de socialización de las personas.

La atracción que el formato audiovisual suscita y la gran difusión del mercado del cine impacta en todos los sectores de la sociedad. La buena acogida que tiene entre niños, jóvenes y adultos, le otorga también la capacidad de ser utilizado, con garantías de éxito, como herramienta para la educación en cualquier ámbito de formación.

«El cine en la enseñanza-educación para la salud», iniciativa publicada en la página web. [www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com), es una de las estrategias que con alguna novedad se esta implementando en España y algunos

otros países Europeos, para prevenir el consumo/abuso de drogas entre estudiantes de primaria y secundaria. Las películas elegidas no siempre tratan directamente sobre drogas. En la selección, se ha optado por aquellas que permiten reflexionar a los menores sobre cómo se comportan las personas ante situaciones similares, cómo les influye el ambiente y las relaciones sociales y familiares.

Los jóvenes ven la película y luego, en clase y con sus profesores —que han recibido un cursillo previo—, reflexionan sobre ella, con ayuda de un cuadernillo en el que se proponen actividades, temas de debate y que incluyen información adicional. En esta metodología, los aspectos cinematográficos no son lo importante, no es un cineclub, de lo que se trata, tal y como se recoge en los objetivos del programa «Cine en la enseñanza», es de enfrentar a los adolescentes a su realidad, animarles a buscar soluciones creativas a los problemas y a crecer como personas independientes y autocríticas.

Este programa, que ha recibido el premio «Reina Sofía» en prevención escolar, ha proyectado entre otras las siguientes películas:

**“LOS CHICOS DEL CORO”**, de Christophe Barratier, Francia, 2004. Su trama relata que tras la Segunda Guerra Mundial, Clement Mathieu, antiguo profesor de música, acepta el puesto de vigilante en un internado para chicos con problemas, en los que el pesimismo y el desánimo han echado raíces, pero Mathieu, con un sentido de la educación diferente, encontrará, a través de la música y gracias a la creación de un coro de voces infantiles, la fórmula para hacerse con los chicos despertando su entusiasmo y cambiando sus vidas.

Los temas que explota y trabaja la película son: La convivencia, sus límites y la necesidad e importancia de un adulto influyente durante la adolescencia.

**“MI QUERIDO FRANKIE”**, de Shona Auerbach, Reino Unido, 2004, cuenta la historia de una joven madre y su hijo Frankie, que padece una sordera profunda desde que era un bebé, son el núcleo de esta película contada en clave de melodrama: su huida permanente de ciudad en ciudad y las invenciones maternas acerca de la existencia de un padre parecen satisfacer la curiosidad de Frankie y le protegen de la verdad. Sin embargo, las circunstancias harán que la madre deba contratar a un desconocido para que suplante al auténtico padre de Frankie. En el se revisan temas como, los malos tratos en la familia, la Inocencia y la verdad.

“**BUSCANDO A ALIBRANDI**”, de Kate Woods, Australia, 2000. La película basada en la novela de Melina Marchetta, uno de los libros más leídos por los/as adolescentes australianos, cuenta la historia de Josie Alibrandi, una adolescente en el último año de instituto y la de su familia de inmigrantes italianos en Sydney. La lucha de esta chica para controlar las presiones del instituto, la familia y los amigos así como la búsqueda de su propia identidad constituyen el principal asunto de esta emocionante película. En ella la discusión se centra en los temas: autoafirmación y la independencia personal.

“**SÓLO UN BESO**” de Ken Loach, Reino Unido, 2004. Trata de las diferencias religiosas y culturales y su influencia en la relación entre un joven escocés de origen musulmán y una chica católica irlandesa son la base de esta película romántica que, con los habituales toques de sorna del cine de Loach, nos propone una reflexión sobre la intolerancia que subyace en gran parte de nuestras costumbres y tradiciones. Una vez vista se discute sobre la tolerancia y el respeto.

“**EVIL**”, de Mikael Hafstrom, Suecia, 2003, cuenta la vida de Erik, un adolescente de 16 años, está marcada por la violencia y el conflicto. Internado en el colegio Stjänsberg donde los veteranos oprimen a los más jóvenes con impunidad, Erik deberá resistir y mantener su dignidad, deberá crecer y así alejarse de su oscuro pasado apartándose del mal y evidenciando sus valores éticos y morales. Los temas sobre los que se centra el ejercicio con los estudiantes después de vista son, el abuso entre iguales y la socialización / Individuación.

Otras cintas cinematográficas presentadas son: «Planta 4.<sup>a</sup>», de Antonio Mercero; «Héctor», de Gracia Querejeta; «Radio Favela», de Helvecio Raton; «Retrato de April», de Peter Hedges, y «Chicas malas», de Mark Swalters.

La *lectura de cuentos* es otra estrategia que se ha venido implementando en esta línea.

El valor de un cuento es un programa de prevención del consumo de drogas que aprovecha el contenido de los cuentos seleccionados para formar a los alumnos y alumnas en valores, actitudes y habilidades sociales que como factores de protección contribuyen al desarrollo global del individuo y le hacen más capaz de afrontar las vicisitudes de la vida

entre ellas el consumo de drogas. Además favorece e impulsa el gusto por la lectura incorporándola como una alternativa más de ocio y tiempo libre.

Gladys Herrera Patiño comunicadora social colombiana ha sido pionera en esta propuesta, lleva 15 años produciendo materiales y acciones de comunicación para la educación. Asesora de EDEX, una ONG Española. Un ejemplo de esto son los “Cuentos para conversar” de EDEX, y que llegan a las instituciones educativas que trabajan con “La Aventura de la Vida” en 15 países de América Latina y en España. Hablados en “colombiano” pero narradas en “mundano”, han sido dobladas al eusquera y al catalán. Pueden encontrarse en [www.cuentosparaconversar.net](http://www.cuentosparaconversar.net)

### *PREVENCIÓN A TRAVÉS DE TELÉFONOS MÓVILES*

---

Aprovechando la difusión de la telefonía celular y la gran acogida que ésta ha tenido entre los jóvenes, en algunos países se ha empezado a desarrollar estrategias preventivas al consumo/abuso de drogas. El servicio consiste en facilitar el acceso a través del uso de teléfonos móviles con tecnología WAP (Wireles Application Protocol), a una página web, donde el usuario encuentra toda la información que necesita sobre las drogas, sus efectos, los riesgos del consumo, en incluso donde buscar asesoría y ayuda. En España uno de los sitios es [www.lasdrogas.info](http://www.lasdrogas.info).

Simplemente tienen que acceder al marcador [www.lasdrogas.info/wap](http://www.lasdrogas.info/wap) desde el teléfono móvil e inmediatamente se mostrará en la pantalla la página con las últimas noticias (actualizadas como mínimo una vez al día) sobre las drogas y las adicciones.

La tecnología WAP funciona en todos los teléfonos móviles actualmente en el mercado; sólo algunos terminales con varios años de antigüedad pueden ser incompatibles con este protocolo de transmisión de datos.

Con este servicio se pretende acercar la información sobre las drogas y las adicciones a todas las personas y ponerla en ‘la palma de su mano’ mediante la pantalla del móvil.

El usuario, también puede optar por personalizar su celular con “logos” relacionados con la salud, la prevención del uso de drogas o la toma de conciencia sobre los riesgos del consumo de drogas y con mensajes de apoyo o recordatorios ante determinadas situaciones.

El acceso a la información sobre drogas desde el teléfono móvil, se hace mediante el envío de un mensaje SMS. Existe un número al cual marcar y a continuación el texto drogas y nombre de la sustancia que le interesa, recibiendo enseguida un texto informativo.

En España se promociona este servicio así: Simplemente envía mensaje al 7200 con el texto: “drogas.?????””, sustituye los ?????, por el nombre de la sustancia (cocaína, heroína, coca, ghb, extasis,.....) que te interese y recibirás en segundos un sms con un texto informativo. Por ejemplo, envía al 7200 el mensaje “*drogas.extasis*”

Es un sistema que sirve información bajo demanda. Está operativo 24 horas al día y 365 días al año.

### *LA PREVENCIÓN EN LOS ENTORNOS RECREATIVOS*

Ante el importante incremento del consumo de drogas recreativas que según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, publicada en el sitio de internet; <http://misiondevida.org/discapacidades/print.php?sid=139>; casi 29 millones de jóvenes de países principalmente de Europa Occidental y en los Estados Unidos de Norteamérica, las consumen, se está haciendo frecuente la realización de programas preventivos en los mismos contextos donde los jóvenes se divierten, en línea de la nueva clasificación en los niveles de prevención, propuesto por NIDA, de prevención indicada.

En Estados Unidos, el éxtasis es la droga de más demanda entre adolescentes en busca de “diversión”. En el 2000 se estimó que más de 1.3 millones de estudiantes de secundaria las usaron, y que 450 mil eran usuarios frecuentes. Para el 2001 se incrementó el uso sobre todo en jóvenes de los últimos grados de secundaria. La mayoría las usó en fiestas y en su casa; el grupo de edad que más abusó del éxtasis fue el de 14 a 24 años, en bares y en fiestas.

En América latina y el Caribe el consumo de drogas “recreativas” ocupa un lugar secundario, aunque la cifra de usuarios aumenta progresivamente, pues estos incorporan la droga a la cultura juvenil de masas, creyendo erróneamente que al usarla proyectan una imagen de modernidad, forman parte de un estilo de vida consumista, están “en la moda”, mejoran su rendimiento y facilitan la comunicación con sus amigos.

En México, el consumo de drogas “recreativas” es un problema de salud pública, pues se ubica en frecuencia de consumo en seguida de los

tranquilizantes; el uso por género es similar en ambos sexos, y la edad promedio de inicio es alrededor de los 14 años. Se les conoce como "tachas", "elevadores", "éxtasis", "píldora del amor", "corazones" y "anfetas".

Se les dice drogas recreativas por que incrementan la energía, la percepción de los sentidos, las emociones y el placer, en un contexto de fiesta juvenil o baile, se les ha denominado "recreativas" o "club de drogas". Entre las más utilizadas se encuentran las metanfetaminas, el ácido gamma-aminobutírico, la ketamina, el poppers y el flunitrazepam. Los jóvenes usuarios, de estas drogas piensan que consumiéndolas mejoran su comunicación, la expresión de su afecto y tienen energía para bailar por largos períodos.

Dado este fenómeno, las intervenciones preventivas se materializan en discotecas, espectáculos de arte y teatrales, llevando unidades móviles para testar las sustancias, apoyo con material audiovisual (películas, cómics, volantes, plegables, etc.), seminarios y exposiciones itinerantes

Su objetivo es influir en la cultura nocturna actuando directamente con los jóvenes, pero también estableciendo relaciones con los propietarios de locales utilizados normalmente para el consumo recreativo de drogas (incluyendo los «*coffee shops*» en los Países Bajos) y con otras personas relacionadas con la vida nocturna, como los porteros y el personal de los locales, lo que ha conseguido que «los asistentes y organizadores de fiestas se comporten de forma mucho más responsable de lo esperado con respecto a las drogas ilegales» (Pijlman y cols., 2003). Los enfoques integrados de este tipo también poseen la ventaja de que desvían la atención del público de los incidentes y urgencias médicas relacionados con las drogas ilegales en grandes fiestas y sensibilizan sobre los riesgos generales del ambiente de clubs. Las orientaciones para una vida nocturna más segura entran dentro de esta categoría. Estas novedades que aunque, están empezando a ser difundidas en Europa, necesitan más evaluación. (Calafat y cols., 2003).

Se describen a continuación algunas experiencias que, por sus características, pueden servir de referencia para ilustrar las diferentes líneas estratégicas adoptadas.

**Barcelona bonanit.** El programa se dirige a la normalización del uso de la noche, modificando una oferta de recursos nocturnos hasta entonces exclusivamente vinculados al consumo. Paralelamente, el proyecto pretende ordenar los aspectos más cívicos del uso y el abuso de la noche y dar respuesta a los problemas de convivencia que se generan (ruido, vandalismo, problemas de tráfico, suciedad, etc.). La idea es, más con-

cretamente, la de casar la pretensión de los jóvenes de disfrutar de la noche, la exigencia de tranquilidad de los vecinos y el derecho de los empresarios del sector del ocio a trabajar durante la noche. Para ello, además de ampliar las posibilidades de realizar actividades durante la noche e incidir en los aspectos relacionados con la movilidad nocturna, se ha impulsado el denominado "Pacto por la Noche", como una fórmula de abordar, mediante el diálogo y el consenso, los problemas de convivencia.

**Abierto hasta el amanecer.** Creada en Gijón, España, en 1996 a iniciativa de una entidad sin fin de lucro, *Abierto hasta el Amanecer* es la experiencia pionera en lo que se refiere a los programas nocturnos de ocio saludable en nuestro entorno y la primera que optó por la utilización en horario nocturno de recursos comunitarios (piscinas, bibliotecas, polideportivos, etc.).

**Redes para el tiempo libre.** Impulsado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas y por el Instituto de la Juventud, "Redes para el Tiempo libre" se desarrolla en media docena de localidades españolas y apuesta claramente por la gestión de riesgos como fundamento de su intervención: el objetivo del programa no consiste en eliminar sistemáticamente los riesgos que afectan a los jóvenes en las noches de los fines de semana, sino en fortalecer las capacidades personales y comunitarias para gestionarlas de la mejor manera posible. Ello supone, en primer lugar, distinguir entre uso y abuso de drogas y, en segundo, no desarrollar iniciativas preventivas que necesariamente se basen en la abstinencia como única opción.

**Enclave joven.** "Enclave joven" o "En clave joven", es un programa impulsado por el Ayuntamiento de Portugalete, España, distinto, en algunos aspectos, a los habituales programas de ocio alternativo. Además de ofrecer un enclave en el que desarrollar actividades de ocio en horarios no convencionales, el programa se basa fundamentalmente en el trabajo de un equipo de mediadores juveniles: jóvenes de la zona que establecen con cuadrillas de jóvenes y adolescentes de 13 a 18 años una relación de iguales, gracias a la cual difunden información sobre un uso más racional del alcohol y de otras drogas. El mediador tiene entre 18 y 25 años, capacidad de empatía, una imagen similar a la de cualquier adolescente, y su trabajo consiste en ofrecer información y refuerzos positivos de conductas consideradas saludables, además de proponer actividades y transmitir información acerca de recursos existentes en la zona.

**Transporte gratuito.** Numerosas instituciones, por otra parte, han puesto en marcha en los últimos años servicios gratuitos de transporte con el objetivo de reducir el uso del transporte privado entre los jóvenes que salen por la noche y, de esa forma, reducir el número de accidentes de tráfico. Una de las experiencias pioneras en ese sentido es del Autobús del **Voy y Vengo**, desarrollado desde hace más de ocho años en algunas localidades de la rivera navarra, España. Con esta actividad, además de reducir el riesgo de accidentes de tráfico durante las fiestas locales a causa del consumo de alcohol y de estimulantes, se ofrece a los jóvenes pautas para un consumo más seguro. La campaña, fundamentalmente, consiste en la organización de un servicio de autobuses que llevan y traen a los jóvenes a las fiestas de la zona para que no necesiten recurrir a sus propios vehículos. La campaña se complementa con la entrega de material informativo en el que se aconseja no consumir drogas y se ofrecen consejos para, si se acaba consumiendo alguna sustancia, se haga de la forma menos dañina y arriesgada. Los mensajes preventivos hacen especial hincapié en el alcohol y las drogas sintéticas.

Existen otras iniciativas parecidas en otros países Europeos, como Portugal, Holanda, Países bajos y Australia. Aquí se dan cuenta de algunas que se llevan o se han llevado a cabo en España.

---

### *UNIDADES MÓVILES DE PREVENCIÓN*

---

Ir directamente a los grupos poblacionales, objeto de intervención se esta convirtiendo también en una estrategia preventiva. Unidades móviles, itinerantes, con un equipo de profesionales a bordo, han empezado a visitar escuelas, colegios, empresas y comunidades. Estas iniciativas han sido desarrolladas en España, Chile y Perú. En este ultimo país la ONG, CEDRO y con la finalidad de difundir programas preventivos en el consumo de drogas y promocionar mejores formas de vida, ha puesto a disposición de la comunidad, el Centro Móvil de Difusión, unidad que permite a los especialistas de Cedro llegar a niños, jóvenes y adolescentes de los distintos y sectores, en alto riesgo respecto a la problemática de consumo.

El Centro Móvil de Difusión tiene la oportunidad de visitar centros educativos de Lima, donde decenas de niños de primaria reciben información sobre los efectos negativos del uso de las drogas en el aspecto personal, familiar social. Ello se logra a través de ágiles y dinámicas metodologías, con el fin de captar la atención de los niños y niñas que

por su edad necesitan formas novedosas para recibir la información y lograr adecuado aprendizaje.

Existen otras iniciativas de unidades móviles, relacionadas con la Reducción de Daños, que podrían estar enmarcadas en la prevención selectiva e indicada, mediante la cual se realizan testeo de drogas in situ, para alertar a los no consumidores y consumidores sobre los posibles riesgos del consumo, es el caso de algunas iniciativas desarrolladas por la ONG Control Energy, que pueden ser consultadas en [www.energycontrol.org](http://www.energycontrol.org).

### *INTERNET Y LA PREVENCIÓN AL CONSUMO/ABUSO DE DROGAS*

El asesoramiento individual en línea a través de sitios Web es un sistema relativamente nuevo que se adoptando. Algunas experiencias exitosas se tienen en Austria y Alemania ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)). Austria dispone de un servicio de asesoramiento en línea a través del nuevo centro de asistencia por drogas de Viena y ha desarrollado normas de calidad al respecto (FSW, 2004). La mayoría de sitios Web sobre prevención de las drogas prestan asesoramiento por expertos que contestan de manera asincrónica, incluye foros de debate y en ocasiones chats sincrónicos (Eysenbach y cols., 2004)

### *BIBLIOGRAFÍA*

- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de Prevención de drogas*. Madrid. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., y cols. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation* [Disfrutar de la vida nocturna en Europa: la importancia de la moderación], IREFREA España, Palma de Mallorca.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrón, J. y Sánchez, L., (coords). (1995). *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas. Madrid.
- Castaño, P. G. (2002): *La Prevención Integral Propositiva. Un Nuevo Paradigma en la Prevención de Problemáticas Sociales*. Mimeo sin publicar. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.
- Castaño P. G. (2002a): *Estrategias de Prevención al consumo/abuso de Alcohol en el Ámbito Universitario. La Cultura del saber beber*. Amigoniano. Publicación interna. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., y cols. (2004), *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*. [«Comunidades virtuales relacionadas con la salud y grupos de apoyo electrónicos: revisión sistemática de los efectos de las interacciones entre iguales en línea»], *BMJ* 328, p. 1166.
- Kormblit, L.A. (1987): *Actualizaciones sobre Prevención de la Drogadicción*. Boletín de Investigaciones del Convenio Marco. Año III # 4 Buenos Aires – Argentina. En: [www.nida.gov](http://www.nida.gov). “Enseñanzas de investigaciones sobre prevención”, localizado en la siguiente fuente: [www.nida.gov/infobox/enseñanzas-sp.html](http://www.nida.gov/infobox/enseñanzas-sp.html), consultada en mayo de 2006.
- OEDT (1996). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*, 1995. U.K.
- Pentz, M. A. (sf). *Costs, benefits, and cost effectiveness of comprehensive drug abuse prevention*. (Costos, beneficios y rentabilidad de la prevención integral del abuso de drogas). En *Cost Effectiveness and Cost Benefit Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy* (Estudio sobre la rentabilidad y los beneficios de la prevención del abuso de drogas: implicaciones de política y programación). W. J. Bukoski, editor. Monografía de investigación del NIDA. En imprenta. Tomado de <http://www.drugabuse.gov/Prevention/Spanish/prevcom.html>. Consultada en septiembre de 2006
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. y Niesink, R. J. M. (2003). *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.

***NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS***

1. La revista “Salud y drogas” aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico, y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista.
2. Sólo se publicaran artículos inéditos, no admitiéndose aquéllos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español, inglés y francés.
3. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes valorando la calidad técnica y científica de los artículos realizarán la correspondiente selección.
4. Los manuscritos se revisarán anónimamente. Con el fin de mantener dicho anonimato, en la primera página del texto sólo aparecerá el título del trabajo sin los nombres de los autores. Estos y sus filiaciones aparecerán en una hoja previa encabezada por el título. Los autores procurarán que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
5. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 folios incluidas figuras, tablas e ilustraciones, a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha. En una hoja se incluirá un resumen (en español e inglés), no superior a 150 palabras. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo definitivo como deseen que aparezcan, y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen, con la dirección del primer autor b) Resúmenes en castellano e inglés. c) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión 5) Referencias bibliográficas. Se utilizarán un máximo de 7 palabras clave.

7. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (*Publication Manual of the American Psychological Association*, 2001, 5ª edición).
8. Los artículos se remitirán a la Redacción de la Revista;

Salud y drogas  
Instituto de Investigación en Drogodependencias  
Universidad Miguel Hernández  
Campus Universitario de San Joan d'Alacant  
Ctra. n-332 s/n. San Joan d'Alacant  
03550- Alicante- España

9. Se enviarán tres copias escritas y disco (Microsoft Word para Windows). Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos en un plazo aproximadamente de 3 meses aquellos no aceptados. Eventualmente la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor. Nunca los manuscritos serán devueltos a los autores.
10. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista *Salud y drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.
11. Se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.

## Boletín de suscripción.

Nombre:

Apellidos:

Profesión:

Dirección:

Tfno:

Fax:

E-mail:

Población:

Código postal:

Provincia:

País:

**Deseo suscribirme a la revista “Salud y Drogas”, mediante:**

**Transferencia bancaria a de \_\_\_\_\_ euros (ver tarifa)**

Caja de Ahorros del Mediterráneo

Av. de Novelda, 156 03006 ELCHE (Alicante – España)

**CCC: 2090-0369-88-0064000796**

**IBAN : CAAMESXXX**

*Es imprescindible que en la orden de transferencia conste el nombre del ordenante y el concepto “Salud y Drogas. Suscripción”.*

**Domiciliación bancaria (rellenar la orden de pago adjunta)**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

(Firma)

### Tarifa anual (incluye 2 ejemplares y gastos de envío)

España Suscripción particular	22 euros
España (Suscripción instituciones)	34 euros
Unión Europea (Suscripción particular)	28 euros
Unión Europea (Suscripción instituciones)	40 euros
Resto del Mundo (Suscripción particular)	36 euros
Resto del mundo (Suscripción instituciones)	48 euros

Enviar original de este boletín firmado a:

**Instituto de Investigación de Drogodependencias**

Universidad Miguel Hernández- Campus Universitari de Sant Joan d'Alacant.

Cra. Valencia, Km. 87. 03550. Sant Joan d'Alacant – Alicante – SPAIN



---

*ACTIVIDADES  
CIENTÍFICAS Y DE  
FORMACIÓN*

---



## **On line MAESTRÍA INTERNACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS**

**Áreas de especialización:** Prevención y Tratamiento. Para cada una de ellas se debe realizar una pasantía la cual podrá realizarse en una universidad y/o país diferente. Se requerirá también la elaboración de una tesis de grado que deberá realizarse de acuerdo con las líneas de investigación propuestas por la Maestría.

**Duración de los estudios:** dos años comprendidos en cuatro semestres de diez y seis semanas cada uno.

**Metodología:** educación a distancia basándose principalmente en la educación virtual. Se utilizan diferentes medios y recursos de aprendizaje: cursos en línea, correo electrónico, foros, debates, charlas, asesorías electrónicas, y todas las ventajas y posibilidades que brinda la tecnología educativa y las universidades participantes.

Se podrá inscribir de preferencia en la Universidad más cercana al domicilio del estudiante, pero también podrá hacerlo en cualquiera de las Universidades de la RED.

La denominación del título a otorgar variará de acuerdo a las normas y legislación que rige en la universidad donde se realice la inscripción, Master, Magister, Maestría, etc. Se otorgará un certificado avalado por todas las universidades participantes, la OEA-CICAD y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España.

**Modelo educativo** de la Maestría Internacional on-line en Drogodependencias (MID) parte de la consideración de la institución universitaria como un sistema social abierto en el cual se pasa de una formación centralizada "campus centric model" a otra que esta focalizada en el auto aprendizaje "Learning centered environment".

### UNIVERSIDADES PARTICIPANTES:

- Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia.
- Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.
- Universidad Miguel Hernandez, España.
- Universidad de Deusto, España.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia de España.
- Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez, Venezuela.

**Más información:** <http://inid.umh.es>



## Cursos de Especialista Universitario en Drogodependencias

6ª Edición - Inicio en octubre de 2007

**Especialista Universitario en Asistencia y Drogodependencias (250h)**

**Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencias (250h)**

### PROGRAMA DE LA PARTE TRONCAL (100 HORAS)

UNIDAD I-ASPECTOS HISTÓRICOS CULTURALES Y SOCIO-ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS  
 UNIDAD II- CONCEPTOS BÁSICOS. TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON LAS DROGAS  
 UNIDAD III- CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE GENERAR ABUSO  
 UNIDAD IV- DROGAS EN EL DEPORTE  
 UNIDAD V- PATOLOGÍA ORGÁNICA ASOCIADA AL USO DE DROGAS  
 UNIDAD VI- FARMACOLOGÍA BÁSICA  
 UNIDAD VII- BASES NEUROBIOLÓGICAS GENERALES  
 UNIDAD VIII- LOS RECURSOS EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA  
 UNIDAD IX- FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD X- INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD XI- SUPERVISIÓN DE EQUIPOS  
 UNIDAD XII- FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN  
 UNIDAD XIII- LA PREVENCIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD XIV- LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL. LA INTERVENCIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO  
 UNIDAD XV- OTROS ÁMBITOS DESDE LOS QUE ACTUAR DE FORMA PREVENTIVA. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS  
 UNIDAD XVI- PLANES DE ACTUACIÓN TERRITORIAL  
 UNIDAD XVII- REFERENTES BÁSICOS RESPECTO DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD XVIII- ASPECTOS SOCIOLÓGICOS. LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD QUE CONOCEMOS

### PROGRAMA DE LA PARTE ESPECIAL PREVENCIÓN (100 HORAS)

UNIDAD I- INTRODUCCIÓN GENERAL  
 UNIDAD II- LOS OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN  
 UNIDAD III- LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR  
 UNIDAD IV- LA PREVENCIÓN ESCOLAR  
 UNIDAD V- EL MODELO COMUNITARIO. LA PREVENCIÓN  
 UNIDAD VI- PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL  
 UNIDAD VII- OTROS ÁMBITOS DESDE LOS QUE ACTUAR DE FORMA PREVENTIVA  
 UNIDAD VIII- LA PREVENCIÓN TERCERARIA Y LA REDUCCIÓN DE DANOS  
 UNIDAD IX- EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

### PROGRAMA DE LA PARTE ESPECIAL ASISTENCIAL (80 HORAS)

UNIDAD I- EPIDEMIOLOGÍA Y PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS EN DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD II- PATOLOGÍA DUAL EN DROGODEPENDENCIAS  
 UNIDAD III-DEPENDENCIAS INSTITUCIONALIZADAS: ALCOHOLISMO (I)  
 UNIDAD IV- ALCOHOLISMO (II)  
 UNIDAD V- ALCOHOLISMO (III)  
 UNIDAD VI- DEPENDENCIAS INSTITUCIONALIZADAS: TABAQUISMO  
 UNIDAD VII- DEPENDENCIAS INSTITUCIONALIZADAS: MEDICAMENTOS  
 UNIDAD VIII- DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS  
 UNIDAD IX- LA CALIDAD Y OTRAS CUESTIONES SOBRE LA ASISTENCIA

### PROFESORADO:

**Bas, Encarnación** (Universidad de Murcia) **Becoña, Elisardo** (Universidad de Santiago de Compostela) **Beneit, Juan Vicente** (Universidad Complutense de Madrid) **Bustamante, Rosario** (UMH) **Cabrero, Estanislao** (RENFE – Servicio Médico) **Cañuelo, Bartolomé** (Cruz Roja Córdoba) **Castellano, Miguel** (Dirección Gral. d'Atenció a la Dependència) **Cortell, Carmen** (UCA Alcoi) **Cortés, M<sup>a</sup> Teresa** (Universidad de Valencia) **Cuesta, Ubaldo** (Universidad Complutense de Madrid) **De Urquía, Faustino** (Magistrado de la Audiencia Provincial de Alicante) **De Vicente, M<sup>a</sup> Purificación** (Unidad de Alcoholología – Área 16 y 18) **Espada, José P.** (UMH) **García Barrachina, M<sup>a</sup> José** (UCA Torrent) **García, Fabiola** (Plan Municipal sobre Drogodependencias – Ayto. de Alicante) **García Carrión, Car-**

**men** (Universidad Complutense de Madrid) **García del Castillo, José A.** (UMH) **Gimeno, Carmen** (UCA Villajoirosa) **Guillén, Carlos** (Universidad de Cádiz) **González, Carlos** (Universitat Jaume I) **Hidalgo, M<sup>a</sup> José** (Unidad de Alcoholología – Área 19) **Lahoz, Manuel M<sup>a</sup>** (Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant) **López, M<sup>a</sup> Carmen** (Universidad de Alicante) **Llopis, Juan José** (UCA-Castellón) **Llor, José** (Fiscalía Audiencia Provincial de Alicante) **Lloret, Daniel** (UMH) **Marín, Francisco** (Médico de Prisiones) **Martí, Marta** (Universidad de Alicante) **Masip, José Manuel** (Consellería de Empleo, Industria y Comercio) **Mateu, M<sup>a</sup> Jesús** (Dirección Gral d'Atenció a la Dependència) **Mendieta, Silvia** (Dirección Gral de Servicios Sociales - Gobierno de Cantabria) **Miquel Salgado-Araujo, Marta** (Universitat Jaume I) **Oliver Castelló, Margarita** (Direcció Gral d'Atenció a la Dependència) **Palonés Ferrer, M<sup>a</sup> Dolores** (UPC Gandía) **Pardo, Rosa M<sup>a</sup>** (Psicóloga de la UCA Área 16) **Pascual, César** (Hospital Guadarrama-Madrid) **Pascual Pastor, Francisco** (Unidad de Alcoholología) **Pellín, M<sup>a</sup> de la Cruz** (UMH) **Pérez Arróspide, Jesús Antonio** (Observatorio Vasco de la Juventud) **Pérez de los Cobos, José** (Hospital Sant Pau de Barcelona) **Pérez, Bartolomé** (Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Hospital Universitario de Sant Joan) **Pérez Hervás, M<sup>a</sup> Pilar** (Médico del Centro de Salud de la Santísima Faz de Alicante) **Pérez Mariño, Ventura** (Magistrado de la Audiencia Nacional) **Portilla, Joaquín** (Hospital Gral Universitario de Alicante) **Quiles, M<sup>a</sup> Carmen** (Universidad de Alicante) **Rodríguez, Luis** (Plan Municipal sobre Drogodependencias. Ayto de Alicante) **Rodríguez Marín, Jesús** (UMH) **Romaní, Oriol** (Universidad "Rovira i Virgili" Tarragona) **Romero, José A.** (Audiencia Provincial de Alicante) **Ruiz, Javier** (Ayto de Portugalete) **Sanchís, Manuel** (Hospital Psiquiátrico de Bétera) **Sancho, Alberto** (UCA Área 18) **Santos, Concepción** (Abogada) **Sieres, Jaime** (Universidad de Valencia) **Suay, Ferran** (Universidad de Valencia) **Tomás, Vicente** (UCA Catarroja) **Valderrama, Juan Carlos** (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción Comunidad Valenciana) **Vicénts, Stella** (Psicóloga) **Villarino, Antonio Luis** (Universidad Complutense de Madrid).

Más información: <http://inid.umh.es>  
Abierto el plazo de preinscripción

# Salud y drogas

Vol. 7, n. 1 Junio 2007

Monográfico sobre

## “La reinserción sociolaboral del drogodependiente”

(Francisco López, Dir.)

### Contenidos:

El empleo como elemento integrador. Itinerarios de de inserción y perfiles.

*Juan Antonio Cueto*

Redes de apoyo potenciadoras de la integración. La familia.

*Helena Calvo*

Iniciativas para el fomento de empleo destinadas a colectivos en riesgo de exclusión social. El acceso directo al empleo a través del Tercer Sector.

*Victoria Marco, M<sup>a</sup> Carmen Solsona*

La responsabilidad social en el Tercer Sector. El empleador diana.

*Javier Pradini*

Búsqueda de nuevos yacimientos de empleo: el uso de las nuevas tecnologías.

*Cosinvestiga*

Economía social frente a economía de mercado. Encuentros y desencuentros.

*Francisco Pizarro*

Anteproyecto de ley de empresas de inserción. Cláusula social y empleo protegido.

*Nieves Ramos*

Nuevos enfoques. La experiencia en el Barrio de la Mina.

*Fernando Vega*

Emprendedores en teletrabajo

*Albert López*

Convivencia ante la exclusión social. La experiencia del CD de PATIM.

*Encarna Pozo*

Número disponible a partir de junio de 2007. Los suscriptores de Salud y drogas lo recibirán gratuitamente como parte de su suscripción.

### Salud y drogas

Instituto de Investigación de Drogodependencias

Universidad Miguel Hernández

Campus Universitario de Sant Joan d'Alacant

Ctra. n-332 s/n. Sant Joan d'Alacant

03550- Alicante- España

---

*RECENSIONES DE LIBROS*

---



TÍTULO:  
COMPETENCIAS Y HABILIDADES PROFESIONALES  
PARA UNIVERSITARIOS



COORDINADORES:  
Carlos J. van-der Hofstad Román  
José M<sup>a</sup> Gómez Gras

EDITA:  
Díaz de Santos, 2006

499 páginas

Desde hace unos años y en parte, gracias al proceso de Convergencia Europea y en concreto a la actividad que viene desarrollando la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), las Universidades han pasado de establecer planes de estudio exclusivamente orientados a la adquisición de conocimientos técnicos, un tanto rígidos o ajenos a la realidad social o las demandas del mundo empresarial y profesional, al impulso de una serie de habilidades y competencias tangenciales a los perfiles formativos de cada área de especialización, que contribuyen a mejorar las potencialidades de los alumnos y su “empleabilidad” de cara a lograr un buen desempeño en su etapa de integración en el mercado laboral.

Este libro se nutre de esa experiencia de vinculación entre el ámbito universitario y empresarial, que reivindica practicidad en los contenidos y actividades especialmente orientadas a desarrollar en el estudiante, aquellas habilidades y competencias que demanda el mercado de trabajo. El presente volumen contempla aquellas cuestiones implicadas en el comienzo de la trayectoria profesional, como pueden ser el planteamiento de la carrera profesional y de la dirección estratégica (personal u organizacional), la búsqueda activa de empleo, el aprender a afrontar la realización de una entrevista de trabajo o el desarrollo de un proyecto empresarial propio, como alternativa laboral.

Una vez inmersos en el ejercicio profesional, necesitaremos competencias y habilidades que contribuyan a facilitar nuestro día a día en la organización, como pueden ser el aprender a comunicarnos de manera eficaz, aprender a gestionar las posibles situaciones de conflicto o aquellas en las que se requiera una negociación para alcanzar una solución consensuada. También, cómo podemos preparar una intervención en la que ofrecemos información a un público, poner en marcha nuestras habilidades asertivas y nuestra capacidad de liderazgo, así como aprender qué variables contribuyen a mejorar las situaciones de trabajo en equipo o incrementan el aprovechamiento de las reuniones de trabajo.

Otras herramientas que complementan las anteriores en ese objetivo de formación integral son; el manejo del estrés, el desarrollo del potencial creativo en la empresa y su aplicación en la resolución de problemas y por último, las habilidades en la gestión de conflictos y planificación del tiempo.

El libro expone los contenidos anteriores de un modo sencillo, claro y didáctico a través de un planteamiento científico riguroso, que lo hace idóneo para estudiantes universitarios de cualquier titulación y nivel, pero no sólo para ellos, sino también para todos aquellos profesores comprometidos en orientar su enseñanza hacia los nuevos retos que plantea el ejercicio profesional.

Los autores que firman cada uno de los capítulos, son mayoritariamente profesores universitarios y doctores en sus diferentes titulaciones. Todos ellos profesionales de dilatada experiencia en el estudio y docencia de los diversos temas que se tratan en el libro, no sólo en el ámbito universitario sino también su vertiente de formadores en el mundo empresarial.

**M<sup>a</sup> Carmen Segura Díez**  
*Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)*

---

*LA FORMACIÓN EN MATERIA DE  
DROGODEPENDENCIAS EN LOS PROGRAMAS  
DE TERCER CICLO EN CIENCIAS DE LA SALUD*

---

**Daniel Lloret Irles, Mónica Gázquez Pertusa  
y José A. García del Castillo**  
*Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)  
Universidad Miguel Hernández, España*

Recibido: 08-09-2006. Aceptado: 30-10-2006

---

*RESUMEN*

---

Los autores analizan y describen la formación en drogodependencias en los actuales programas de doctorado adscritos a las facultades de Ciencias de la Salud de las universidades españolas. Para ello se han revisado 400 planes de estudio correspondientes a los programas de doctorado ofertados por departamentos de Ciencias de la salud, entre los que se han identificado 51 programas que incluyen asignaturas con créditos en materia de drogodependencias. El análisis pormenorizado de estas asignaturas informa que la carga docente en drogodependencias recae principalmente sobre el periodo investigador (57%), con trabajos de investigación tutelados. Se considera la distribución por Comunidades Autónomas y la media de créditos por asignatura, entre otras variables. También se revisan las tesis doctorales defendidas entre los años 2000-2003.

**Palabras clave:** *doctorado, drogodependencias, universidad.*

---

**Correspondencia:**

Daniel Lloret. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Facultad de Medicina - Universidad Miguel Hernández. Ctra. de Valencia s/n.  
03550 San Juan - Alicante. (España) Tfno.- 965 91 93 19. Correo-e: daniel.lloret@umh.es

## ABSTRACT

---

This paper analyzes and describes the formation in drug-addiction in the current doctorate programs offered by the Health Sciences Faculties of Spanish universities. 400 curriculum corresponding to the doctorate programs offered by departments of Health Sciences have been checked, among which 51 curriculum have been identified for including subjects devoted to drug-addiction.

A detailed analysis of these subjects informs that the educational weight on drug-addiction is principally balanced on the investigative period (57 %), with guided researches. Geographical distribution by Autonomous Communities and credit average by subject is also considered among other variables. Also the doctoral thesis between the years 2000-2003 are checked.

**Key words:** *doctorate, drug-addiction, university.*

## I. INTRODUCCIÓN

---

Para poder entender la compleja realidad que envuelve el fenómeno de las drogodependencias, se requiere un abordaje metodológico riguroso que asegure la solidez de los avances alcanzados, tanto en la comprensión y diagnóstico del problema como en la intervención sobre el mismo. La naturaleza del fenómeno de las drogodependencias conlleva una carga ética, socio-política y fuertemente emocional, que ha obstaculizado en demasiadas ocasiones el ejercicio del estudio científico de las drogodependencias. Como afirma Mino (2001) más vale certezas restringidas y comprobadas, que vastas creencias filosóficas sin anclajes. Es imprescindible disponer de modelos integrativos capaces de ofrecer una comprensión más clara del fenómeno, que sirvan de guía para las futuras aplicaciones prácticas, en este sentido la contrastación empírica y la revisión constante de los actuales modelos es la base del progreso del conocimiento científico. El avance en el conocimiento pasa por hacer buena ciencia, lo que implica comprender las bases teóricas y científicas que explican las relaciones entre los fenómenos ya sean correlacionales o causales, el manejo de instrumentos y técnicas y en definitiva, la destreza en la aplicación del método. Todo esto es objeto sustancial de los programas de formación de doctorado.

Durante el último decenio ha sido mucha y muy variada la oferta docente de postgrado dirigida a formar a los futuros profesionales en

drogodependencias, y también a los actuales. De esta manera, presenciamos un panorama sin precedentes en el que surgen cursos de todo tipo y duración. Desde propuestas breves como son las jornadas, los seminarios, los congresos y demás encuentros de carácter docente, profesional o científico, hasta los programas de doctorado. Este abanico de productos formativos, en el que se encuentran los cursos de especialista y los master, está dirigido de una u otra forma a profundizar en conocimientos de índole profesional y científico.

Desde la perspectiva de la investigación cabe resaltar los programas de doctorado como el espacio idóneo para formar a los profesionales que deseen trascender la práctica clínica diaria y pongan sus miras en mejorar los métodos y técnicas de investigación.

El actual sistema de educación superior español organiza los estudios universitarios oficiales en tres ciclos, en este sentido la Ley Orgánica de Universidades (6/2001, de 21 de diciembre) en su Título VI artículo 37, establece que la superación de los estudios dará derecho, en los términos que establezca el Gobierno, previo informe del Consejo de Coordinación Universitaria, y según la modalidad de enseñanza cíclica de que se trate, a la obtención de los títulos de Diplomado universitario, Arquitecto Técnico, Ingeniero Técnico, Licenciado, Arquitecto, Ingeniero y Doctor. Se incluyen bajo la denominación de tercer ciclo aquellos estudios universitarios cuya finalidad es la formación avanzada del estudiante en técnicas de investigación. Tal formación podrá articularse mediante la organización de cursos, seminarios u otras actividades dirigidas a la formación investigadora e incluirá la elaboración y presentación de la correspondiente tesis doctoral, consistente en un trabajo original de investigación. La superación del tercer ciclo dará derecho a la obtención del título de Doctor, que representa el nivel más elevado en la educación superior, acredita el más alto rango académico y faculta para la docencia y la investigación, de acuerdo con la legislación vigente. (*REAL DECRETO 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. Capítulo III. Regulación de los estudios de doctorado. Artículo 10*).

## II. OBJETIVOS

La presente investigación forma parte de una revisión más amplia sobre la formación de tercer ciclo en drogodependencias que se oferta actualmente desde las universidades públicas españolas. El objetivo ge-

neral del presente estudio es analizar los programas de doctorado con contenidos en drogodependencias, ofertados desde departamentos de Ciencias de la Salud, durante el curso actual 2005-2007. Los resultados ofrecen una descripción del panorama actual de la formación de tercer ciclo en drogas, ofertada por los departamentos adscritos a la rama de enseñanza de ciencias de la salud.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar los programas de doctorado de ciencias de la salud, que ofertan contenidos lectivos en materia de drogodependencias, durante el curso 2005-2007.
2. Clasificar los programas en interuniversitarios, interdepartamentales o departamentales en función de los departamentos que intervienen en su organización.
3. Calcular la proporción de programas de doctorado en Ciencias de la Salud con carga lectiva en drogas, que han obtenido la Mención de Calidad por el Ministerio de Educación y Ciencia.
4. Conocer la distribución de los programas según las distintas Comunidades Autónomas.
5. Clasificar las asignaturas con contenidos de drogodependencias según el periodo del programa de doctorado en el que se cursen: docente o investigador.
6. Conocer cuál es la media de créditos de las asignaturas de drogodependencias impartidas en un mismo programa de doctorado.
7. Identificar el carácter de las asignaturas de drogodependencias impartidas en el programas de doctorado según la siguiente clasificación: Afines/Metodológicas/Fundamentales/Líneas de Investigación.
8. Analizar las tesis doctorales relacionadas con las drogodependencias.

### *III. METODOLOGÍA*

---

#### **III.1. MUESTRA**

El análisis de los programas de doctorado se hizo sobre los 51 programas oficiales de doctorado organizados u ofertados por departamentos de universidades públicas, pertenecientes a Ciencias de la Salud, que incluyen asignaturas con créditos en materia de drogodependencias.

Los criterios de inclusión utilizados para la identificación de los programas de doctorado fueron los siguientes:

- Ofertados desde las universidades públicas del ámbito geográfico español.
- Durante los años 2005-2007.
- Que presentaran en su temario material docente o contenidos relacionados con las drogodependencias.
- Que hubieran sido propuestos y organizados desde algún departamento adscrito a Facultades y Escuelas Universitarias pertenecientes a la rama de enseñanza de Ciencias de la Salud.

El incumplimiento de cualquiera de los anteriores criterios supone la exclusión del programa y por consiguiente no sería considerado en la presente investigación.

En conformidad con lo establecido en el *Catálogo Oficial de Títulos: Legislación de Directrices Generales de las Titulaciones*, publicado en la página web del Ministerio de Educación y Cultura, se han considerado como enseñanzas de ciencias de la salud las siguientes: Veterinaria, Odontología, Farmacia Medicina, Terapia Ocupacional, Enfermería, Fisioterapia, Podología y Logopedia.

Quedan, por lo tanto, excluidos aquellos programas, que aún conteniendo asignaturas de drogas, no estén organizados u ofertados por Departamentos de universidades públicas, pertenecientes a Ciencias de la Salud.

En referencia al objetivo 8 de la presente investigación: "Análisis de las tesis doctorales relacionadas con las drogodependencias", se analizaron un total de 497 tesis doctorales defendidas en los años 2000, 2001, 2002 y 2003.

### III.2. PROCEDIMIENTO

Al objeto de identificar todos los programas de doctorado ofertados por los departamentos adscritos a Ciencias de la Salud, se procedió a consultar las páginas webs de cada una de las universidades públicas españolas. El acceso a dichas páginas se realizó mediante el listado publicado en la Secretaria General del Consejo de Coordinación Universitaria (MEC) (<http://www.mec.es/educa/ccuniv/html/interna/enlaces.html>).

De las 58 universidades públicas consultadas, se localizaron 400 programas de doctorado ofertados por departamentos adscritos a Ciencias de la Salud. Del total de programas hallados, se seleccionaron posterior-

mente, solo aquellos que cumplían los criterios precisados en el anterior apartado "muestra".

Para ello se revisó cada uno de los nombres de todos los seminarios, cursos y asignaturas incluidos en los programas de doctorado. Es frecuente que las guías docentes completas de cada una de las asignaturas de un programa de doctorado no estén publicadas en las páginas web, por lo que el acceso al contenido detallado de las asignaturas resultó imposible en muchos casos.

En consecuencia, se revisaron los nombres de las asignaturas y se consideraron créditos impartidos en materia de drogodependencias a los comprendidos en aquellos seminarios, asignaturas y/o cursos en cuyo nombre figuraba alguna de las siguientes palabras clave:

*Droga, drogodependencia, adicción, drogadicción, heroína, metadona, opiáceo, alcohol, alcoholismo, tabaco, tabaquismo, nicotina, cannabis, marihuana, opioides, cocaína, sustancias psicoactivas, sustancias adictivas, sustancias de abuso, trastornos adictivos, farmacodependencia, dopaje, doping, narcótico, narcotráfico, narco.*

Para llevar a cabo el análisis de la información recabada, los programas de doctorado de naturaleza *Interdepartamental* (aquellos programas organizados por varios departamentos adscritos a un mismo centro universitario) y/o *Interuniversitaria* (organizados por varios departamentos pertenecientes a distintos centros universitarios) se han contabilizado como un único programa, con independencia del número de departamentos intervinientes en la organización del mismo. De esta forma se evitó que un programa pudiera estar contado dos o más veces. Este criterio para evitar el doble recuento, no es de aplicación en el objetivo 3, en el que se analiza la distribución de los programas según las distintas Comunidades Autónomas. En este caso, los datos procedentes de los programas de naturaleza interuniversitaria se han obtenido contabilizando un programa para cada universidad interviniente. La finalidad de esta sección consiste en mostrar una visión general de la carga lectiva en drogodependencias existente en las distintas Comunidades Autónomas.

Por otra parte, con el fin de identificar la producción investigadora asociada a los programas de doctorado, se analizaron las tesis doctorales defendidas en los años 2000, 2001, 2002 y 2003. Para ello, se accedió a la base de datos TESEO, que mantiene el Ministerio de Educación y Ciencia (<http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>). La búsqueda se hizo en el

descriptor 320000 referido a ciencias médicas, que corresponde al primer nivel o nivel superior del índice de TESEO. Este descriptor incluye las siguientes 16 categorías o descriptores de segundo nivel:

Ciencias clínicas	Farmacología	Patología
Ciencias de la nutrición	Medicina del trabajo	Psiquiatría
Cirugía	Medicina forense	Salud pública
Cuidados intensivos	Medicina interna	Toxicología
Epidemiología	Medicina paliativa	
Farmacodinamia	Medicina preventiva	

En referencia a la cobertura cronológica, se omitieron los años 2004 y 2005 por encontrarse en proceso de actualización, y por lo tanto todavía incompletos. Según fuentes del Ministerio consultadas la cantidad de tesis a incorporar, en el momento de la recogida de datos, para el año 2004 es 1.800 y para el 2005 faltan 5.800.

Las búsquedas se realizaron utilizando las siguientes palabras clave en los campos título y resumen: droga, drogadicción, drogodependencias, opiáceo, heroína, metadona, tabaco, alcohol, cocaína, cannabis, haschis, THC, marihuana, anfetamina, metanfetamina, adicción, prevención, tratamiento y reinserción. Se evitó el uso de truncadores. Al combinar las anteriores palabras clave se obtuvieron 16 estrategias de búsqueda:

- Búsqueda 1: Droga or drogadicción or drogodependencias.
- Búsqueda 2: Heroína or metadona or opiáceo.
- Búsqueda 3: Tabaco.
- Búsqueda 4: Alcohol.
- Búsqueda 5: Cocaína.
- Búsqueda 6: Cannabis or haschis or thc or marihuana.
- Búsqueda 7: Anfetamina or metanfetamina.
- Búsqueda 8: Adicción.
- Búsqueda 9: Droga or drogadicción or drogodependencias and prevención.
- Búsqueda 10: Droga or drogadicción or drogodependencias and tratamiento.
- Búsqueda 11: Droga or drogadicción or drogodependencias and reinserción.
- Búsqueda 12: Tabaco and prevención.
- Búsqueda 13: Tabaco and tratamiento.
- Búsqueda 14: Alcohol and prevención.
- Búsqueda 15: Alcohol and tratamiento.
- Búsqueda 16: Alcohol and reinserción.

Los resultados preliminares corresponden al número de tesis clasificadas en la categoría ciencias médicas que incluyen alguna de las anteriores palabras clave en el título o en el resumen. Con el fin de evitar duplicidades, el listado de tesis obtenido por este método fue revisado y filtrado, una por una. Asimismo, se clasificaron los trabajos según su enfoque, de tal suerte que se han agrupado en torno a 9 categorías:

- 1) **Epidemiología.**
- 2) **Efectos tóxicos** a corto, medio o largo plazo (modelos animales y humanos).
- 3) **Aplicaciones terapéuticas,** (modelos animales y humanos).
- 4) Sistemas de **detección y análisis.** Técnicas de determinación de sustancias.
- 5) **Tratamiento de la adicción.** investigaciones que abordan la terapia de las drogodependencias.
- 6) **Mecanismos fisiopatológicos.**
- 7) **Diagnóstico y pronóstico.** Instrumentos y técnicas diagnósticas.
- 8) **Gestión.** Gestión de unidades terapéuticas.
- 9) **Otros.**

### III.3. INSTRUMENTO Y VARIABLES ANALIZADAS

La recogida de información se llevó a cabo mediante una plantilla elaborada para cada asignatura con carga lectiva en drogodependencias. La información recolectada se volcó en una base de datos, creada para tal fin.

De cada una de las asignaturas identificadas se obtuvo la siguiente información:

1. Universidad/es coordinadora/s
2. Comunidad Autónoma a la que pertenece
3. Denominación del Programa
4. Departamento/s o centros intervinientes
5. Tipo/Naturaleza del programa
  - a. *Departamental:* Organizado por un departamento.
  - b. *Interdepartamental:* Organizado por más de un departamento perteneciente al mismo centro universitario.
  - c. *Interuniversitario:* Organizado por más de un departamento perteneciente a distintos centros universitarios.
6. Coordinadores

7. Mención de Calidad
8. Rama de Enseñanza
9. Titulación de Acceso
10. Denominación de la Asignatura
11. Profesores Responsables
12. Período al que corresponde: Docente o Investigador
13. Bienio en el que se imparte
14. Tipo de Asignatura (Metodológica, Fundamental, Campos Afines o Línea de Investigación).

Resulta conveniente precisar en este punto, que el R.D. 778/1998, de 30 de abril, por el que se regula el tercer ciclo de estudios universitarios y expedición del título Doctor y otros estudios de postgrado, en su artículo 3, punto 1, establece que “los programas de doctorado deberán comprender: a) Cursos y seminarios sobre los contenidos *fundamentales* de los campos científico, técnico o artístico a los que esté dedicado el programa de doctorado correspondiente. b) Cursos o seminarios relacionados con la *metodología* y formación de técnicas de investigación. c) *Trabajos de investigación* tutelados, y d) Cursos o seminarios relacionados con campos *afines* al del programa y que sean de interés para el proyecto de la tesis doctoral del doctorando.”

15. Carácter de la Asignatura (Obligatoria, optativa)
16. Nº de Créditos.

A su vez, el R.D. 778/1998, anteriormente referenciado, establece en su artículo 3, punto 2 que: “La Comisión de Doctorado a que se refiere el artículo 4, a propuesta de los correspondientes Departamentos, asignará a cada uno de los cursos y seminarios, así como a los trabajos de investigación tutelados, de los programas de doctorado organizados por la Universidad, un número de créditos, atendiendo a la duración de los mismos y teniendo en cuenta que cada crédito asignado deberá corresponder a diez horas lectivas.”

17. Publicación del contenido
18. Observaciones.

En concordancia con los objetivos propuestos, se seleccionaron, para su posterior análisis, las variables que a continuación indicamos:

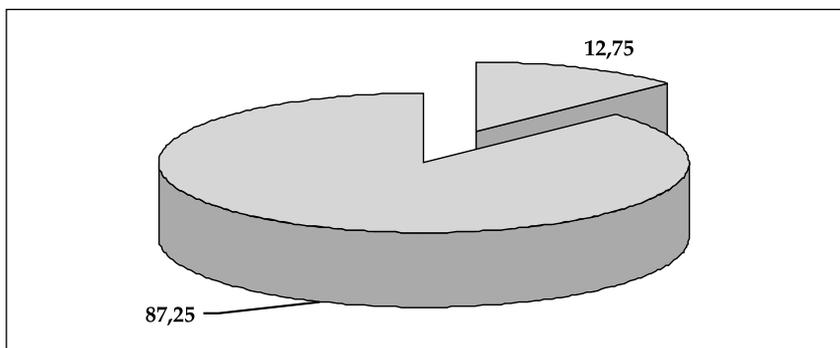
- Universidades organizadoras
- Comunidad Autónoma

- Departamentos intervinientes
- Denominación del programa
- Naturaleza del programa
- Mención de calidad
- Denominación de la asignatura
- Período
- Tipo de asignatura.

## V. RESULTADOS

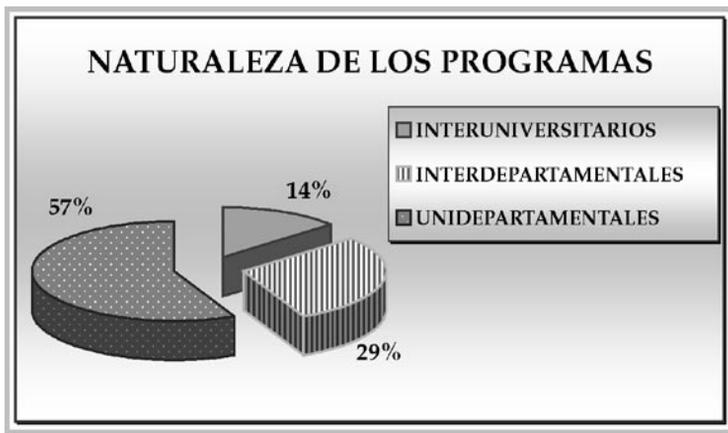
IV.1. De un total de 400 programas identificados como adscritos a la rama de Ciencias de la Salud durante el curso 2005-2007, un 12,75 % de ellos (51 programas) ofrece entre sus contenidos asignaturas, cursos o seminarios en materia de drogodependencias.

**Figura 1. Porcentaje de programas de doctorado que incluyen asignaturas con contenidos de drogodependencias**



IV.2. El segundo objetivo es clasificar los programas en interuniversitarios, interdepartamentales o departamentales en función de los departamentos que intervienen en su organización. Tal y como se observa en la Figura 2, el 57% de los programas seleccionados son organizados por un único departamento, seguido de un 29% de programas que son organizados por varios departamentos pertenecientes a la misma universidad. El 14% restante se refiere a programas organizados de forma conjunta por departamentos de varias universidades.

**Figura 2. Clasificación de los programas según la organización de los departamentos intervinientes**



IV.3. Para calcular la proporción de programas de doctorado en Ciencias de la Salud con carga lectiva en drogas, que han obtenido la Mención de Calidad por el Ministerio de Educación y Ciencia, se han considerado los criterios de calidad referentes tanto a niveles técnico-científicos, como a contenidos, estructura y objetivos de los programas. Cabe destacar que un tercio de los 51 programas identificados con contenidos en drogas (33,3%) ha obtenido la Mención de Calidad por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Así mismo, los programas de doctorado con docencia en drogodependencias y Menciones de Calidad, suponen un 20,23% del total de programas de Ciencias de la Salud a los que se les concedió la Mención de Calidad, durante el curso académico 2005-2006. (Tabla 1).

**Tabla 1. Programas con mención de calidad**

Total Programas con Mención de Calidad	566
Total Programas CCSS	470
Total Programas CCSS sin replicar	400
Total Programas CCSS-DROGAS	51
Total Programas CCSS y MC	84
Total Programas CCSS-drogas y MC	17

IV.4. Respecto a la distribución por Comunidades Autónomas de los estudios de Tercer Ciclo, comunidades como Madrid, Andalucía y Cataluña son las que más carga lectiva en drogodependencias ofertan. Las universidades de Extremadura y de La Rioja no ofrecen formación en drogodependencias en los programas de doctorado adscritos a Ciencias de la Salud. En la figura 3 se muestran los porcentajes que corresponden a cada comunidad Autónoma, hallados sobre el total de programas identificados para el presente estudio.

IV.5. Al clasificar las asignaturas con contenidos de drogodependencias según el periodo del programa de doctorado en el que se cursen: docente o investigador, (Figura 4) observamos que un 57% de ellos se imparten durante el período investigador frente a un 43% que se cursa durante el período docente.

IV.6. La media de créditos de las asignaturas de drogodependencias impartidas en un mismo programa de doctorado es 13,4 créditos en cada programa. Si analizamos la distribución de los créditos según el período en el que se ofertan, se observa que la media de créditos por curso/seminario en el período docente es igual a 3.21, frente a un valor de 10.6 para el período investigador.

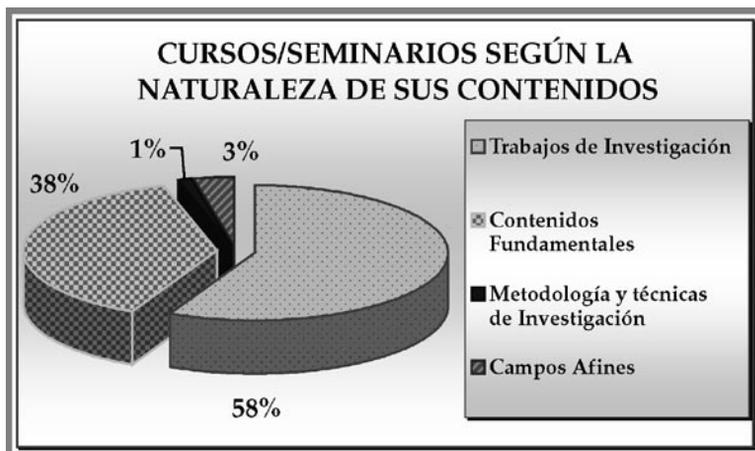
IV.7. Según el carácter de las asignaturas de drogodependencias impartidas en los programas de doctorado según la siguiente clasificación: Afines / Metodológicas / Fundamentales/Líneas de Investigación.

Atendiendo a la clasificación de los cursos y seminarios según sus contenidos, un 58% corresponde a trabajos de investigación tutelados. El 38% de los cursos versan sobre contenidos fundamentales del campo científico al que está dedicado el programa. En un 3% sus contenidos están relacionados con campos afines al del programa y un 1% consiste en cursos relacionados con la metodología y formación de técnicas de investigación (Figura 5).

La distribución de los cursos y seminarios en función de la naturaleza de sus contenidos y el número de créditos, puede observarse en la Figura 6.



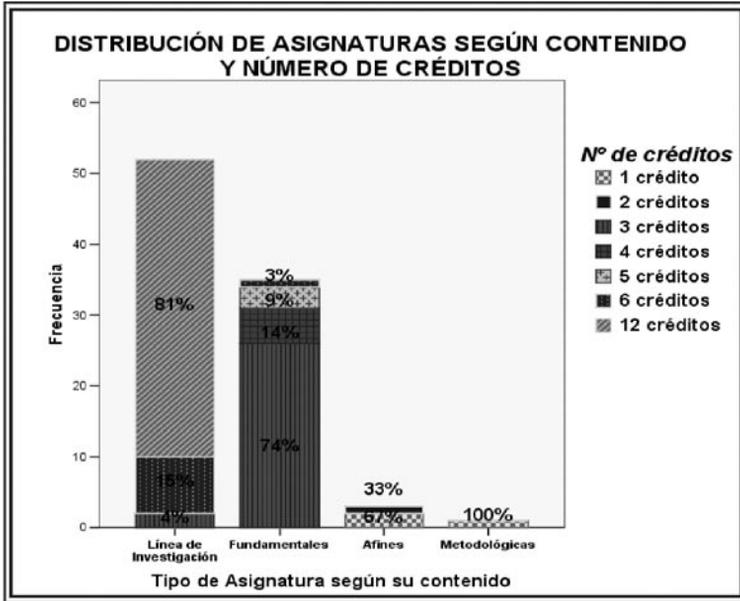
**Figura 5. Distribución de las asignaturas atendiendo según el tipo de contenido**



**Tabla 2**  
**Distribución de las asignaturas atendiendo según el tipo de contenido**

Tipo asignatura	Créditos	Nº Asign.	% contenidos/ créditos	% contenidos
Líneas de Investigación	12	42	47	58
	6	8	9	
	3	2	2	
Fundamentales	6	1	1	38
	5	3	3	
	4	5	5	
	3	26	29	
	2	0	0	
	1	0	0	
Afines	2	1	1	3
	1	2	2	
Metodológicas	1	1	1	1

**Figura 6. Distribución de los cursos y seminarios impartidos según contenidos y número de créditos**



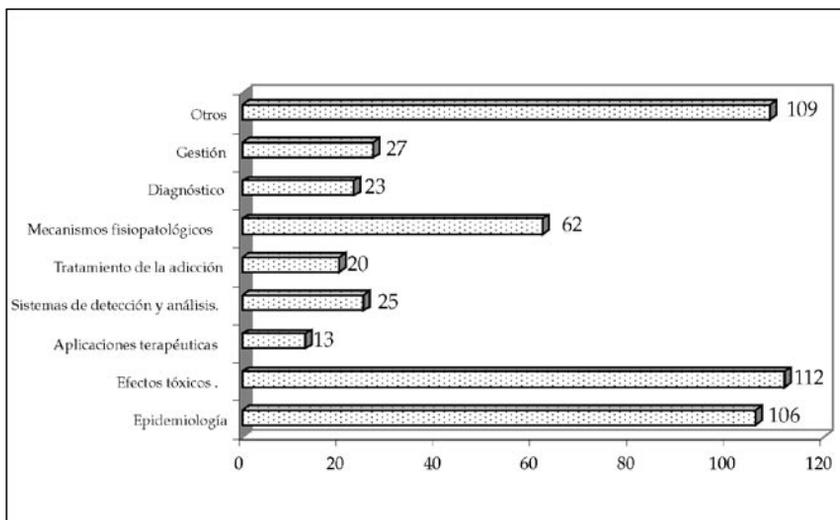
#### IV.8. TESIS DOCTORALES SOBRE DROGAS

Si analizamos las tesis doctorales defendidas en los últimos años, comprobamos que en durante los cuatro años comprendidos entre el año 2000 y el 2003 (ambos inclusive) un total de 497 tesis incluyen entre sus objetivos el estudio de las drogas desde diversas perspectivas. Al objeto de simplificar y categorizar el amplio número de trabajos, se revisaron los objetivos de las investigaciones y se establecieron un máximo de 9 categorías.

- 1) **Epidemiología.** Investigaciones sobre factores de riesgo y protección del consumo de drogas. Susceptibilidad y prevalencia de consumo. Salud pública. Intervenciones preventivas en el ámbito comunitario.
- 2) **Efectos tóxicos** a corto, medio o largo plazo (modelos animales y humanos). El consumo de drogas como factor de riesgo de padecer otras enfermedades.

- 3) **Aplicaciones terapéuticas**, (modelos animales y humanos).
- 4) **Sistemas de detección y análisis**. Técnicas de determinación de sustancias.
- 5) **Tratamiento de la adicción**. investigaciones que abordan la terapia de las drogodependencias desde un enfoque biológico, psicológico y/o social desintoxicación con base farmacológica, el tratamiento psicológico de deshabitación, asimismo se incluyen las investigaciones sobre la reinserción social.
- 6) **Mecanismos fisiopatológicos**. Redes neuronales. Farmacocinética y farmacodinámica. Interacciones farmacológicas.
- 7) **Diagnóstico y pronóstico**. Instrumentos y técnicas diagnósticas. Validación de instrumentos psicológicos y psiquiátricos. Evaluación de la severidad de la adicción o del daño causado.
- 8) **Gestión**. Gestión de unidades terapéuticas. Cuestiones médico-legales. Deontología. Estudios económicos.
- 9) **Otros**. Estudios de otras enfermedades en los que interviene el consumo de drogas.

**Figura 7**  
**Tesis doctorales sobre drogodependencias defendidas desde 2000 a 2003 en Ciencias de la Salud**



El mayor número de investigaciones el 22,53% se concentran en el estudio de los efectos tóxicos a corto, medio o largo plazo, con modelos animales o humanos, y en el consumo de drogas como factor de riesgo de padecer otras enfermedades. Seguido por las tesis que abordan el fenómeno de las drogodependencias desde la óptica de la epidemiología, el 21,3%, que comprende investigaciones sobre factores de riesgo y protección del consumo de drogas, sobre la susceptibilidad y prevalencia de consumo, trabajos sobre salud pública o sobre intervenciones preventivas en el ámbito comunitario.

Tan solo un 4% de las 497 tesis revisadas están dedicadas al tratamiento de la adicción, entendiéndose este desde una amplia perspectiva que incluye el enfoque biológico, farmacológico, psicológico y/o social, como la reinserción social.

## V. CONCLUSIONES

La formación en drogodependencias en España ha experimentado un importante avance en los últimos años, hoy día los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación en drogodependencias, cuentan con una oferta formativa dirigida principalmente a la adquisición de habilidades y técnicas de intervención para la clínica y/o la prevención. En este sentido cabría destacar, las citas anuales que en forma de congresos y escuelas convocan con regularidad las dos Sociedades Científicas que en la actualidad existen en nuestro país, en donde se ofrecen talleres y seminarios formativos de alta especialización. Asimismo, durante el último decenio hemos presenciado una gran profusión de cursos de postgrado organizados por instituciones de diverso carácter. Universidades, Planes locales, provinciales, autonómicos y nacional, entidades privadas y Ongs han ido cubriendo puntualmente las lagunas formativas.

A la luz de los resultados, podríamos concluir que si bien existe un cierto grado de carga lectiva sobre drogas, el 11%, en los programas de doctorado de Ciencias de la Salud, consideramos que no satisface la demanda profesional que, en nuestros días, genera este campo de actuación.

En definitiva, la formación de tercer ciclo supone el máximo nivel formativo y de especialización, y contribuye a la producción científico-literaria sobre el fenómeno. Por consiguiente, un importante valor añadido de la formación e investigación en el ámbito de los cursos de doctorado

es el aumento de la presencia, aún tímida, de la ciencia española en los principales foros y revistas científicas. Por todo ello, es necesario invertir esfuerzos en equilibrar el *binomio enseñanza/investigación*, con objeto de ofrecer una formación de calidad que responda a los desafíos y demandas del problema de las drogodependencias.

## REFERENCIAS

- Aizpiri, J. (1984) *La formación de los profesionales en el campo de las drogodependencias*. DAK, Gobierno Vasco. 52 pp.
- Álvarez, F. J. (2001). La formación continuada en Drogodependencias y las Revistas especializadas en Drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*. 26 (2), 135-145.
- Becoña, E., Llopis, J. y Bobes J. (2000). La formación continuada en drogodependencias. *Adicciones*. 12 (1), 3-5.
- Bordons, E. (1988). *La universidad y la formación de profesionales en drogodependencias*. Comunicación a las II Jornadas Estatales de Psicología, Drogodependencias y Sociedad. Granada.
- Bordons, E. (1989). *La división de formación e investigación de la F.A.D.* Ponencia presentada a las I Jornadas sobre actuación de las Instituciones en materia de drogodependencias. Córdoba.
- Cano, L. (1993). La formación de los profesionales en España en materia de drogodependencias: evolución, balance y perspectivas. En J.A. García y J. Ruiz. *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Bilbao: Edex Koletoboa. FAD. Gobierno Vasco.
- Escames, J. (1994). La formación universitaria en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*. 19 (3), 187-190.
- Ferrer, X. (1981). La educación sobre las drogas en la Universidad y Escuelas Especiales para los profesionales implicados. *Drogalcohol*. VI. (2). 117-125.
- Ferrer, X. y Sánchez, M. (1987). La Formación de profesionales en materia de drogodependencias. *Comunidad y Drogas*. 5/6, 63-82.
- García-Rodríguez, J. A. (1988). *Proyecto de formación de profesionales en drogodependencias: Informe de Necesidades*. Instituto Complutense de Drogodependencias (inédito). Madrid.
- García-Rodríguez, J. A. (1989a). *Formación pregrado de drogodependencias*. Ponencia presentada a las I Jornadas sobre actuación de las Instituciones en materia de drogodependencias. Córdoba.
- García-Rodríguez, J. A. (1989b). Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus inespecífica. *Adicciones*, 1,2, 121-129.
- García-Rodríguez, J. A. (1990). Formación en drogodependencias. *Adicciones*, 2, 4, 291-302.

- Guillem, J. L., Cuquerella, M.A., Hernández, M., Pérez, J.F., Raya, N., Conesa, Ll. y Vila, M.L. (1997). Formación en adicciones en el programa MIR (Médico Interno Residente) de psiquiatría en España. Resultados de una encuesta. *Adicciones*. 9 (4), 571-578.
- Lacoste, J.A. (1988). *La Universidad ante un reto profesional: las drogodependencias*. XVI Jornadas de Sociodrogalcohol. Valladolid.
- Lloret D., Poveda, M. y Soliveres M. C. (2004). Formación pre-grado en drogodependencias en las universidades españolas. *Adicciones*, 16, 3. Págs. 197-206.
- Mayor, L. y Cano, L. (1992). Análisis y perspectivas de la formación de profesionales en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*. 17 (3), 155-162.
- Ministerio de Educación y Cultura. *Catálogo Oficial de Títulos: Legislación de Directrices Generales de las Titulaciones*, recuperado en Noviembre 2006. [http://www.mec.es/educa/jsp/plantilla.jsp?id=602&area=ccuniv&contenido=/ccuniv/html/direct\\_generales/direcgen.html](http://www.mec.es/educa/jsp/plantilla.jsp?id=602&area=ccuniv&contenido=/ccuniv/html/direct_generales/direcgen.html)
- O.M.S. (1974). *Comité de expertos de farmacodependencias*. Serie Informes Técnicos, 551. Ginebra.
- O.M.S. (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Serie Informes Técnicos, 690. Ginebra.
- Sánchez Turet, M. (1999). Formación en drogodependencias en las universidades españolas. *Revista Española Drogodependencias*, 24 (1), 1-2.
- Sierra, E. (1983). *Formación de profesionales en el campo de las drogodependencias*. I Jornadas Municipales de Prevención de las drogodependencias. Mimeo, Valencia.
- Vega, A. (1986). El psicólogo ante un reto social: las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 4 (24) 12-14.
- Vega, A. (1999). ¿Dónde queda la formación de los profesionales ante la cuestión de las drogas? *Revista Española de Drogodependencias*. 24 (4). 332-335.



---

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ABUSO DE  
DROGAS Y LA RUPTURA DE PAREJA?  
ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE AMBOS  
CÓNYUGES SOBRE LAS CAUSAS DE SU  
SEPARACIÓN

---

Mireia Orgilés y  
Jessica Piñero  
*Universidad Miguel Hernández, España*

Recibido: 11-08-2006. Aceptado: 21-09-2006

---

*RESUMEN*

---

Desde que se aprobó la Ley del Divorcio en España, el número de separaciones y divorcios ha aumentado de forma considerable. Una de las causas de la ruptura es el abuso de alcohol o el consumo de drogas ilegales por parte de uno de los miembros de la pareja. El objetivo del estudio es examinar la relación entre dichas conductas adictivas y las rupturas conyugales en una muestra de 50 parejas, utilizando para ello una entrevista semiestructurada que se aplicó a ambos cónyuges por separado. De los resultados del estudio se desprende la falta de acuerdo entre los dos miembros de la pareja a la hora de definir las razones de la

---

**Correspondencia:**

Mireia Orgilés  
Universidad Miguel Hernández  
Departamento de Psicología de la Salud.  
Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas.  
Edificio Altamira. Avda. de la Universidad s/n  
03202 Elche (Alicante), España  
96 665 83 10  
E-mail: morgiles@umh.es

ruptura, así como la percepción de las mujeres de una mayor prevalencia de conductas adictivas en el cónyuge que los varones. Se discuten las implicaciones de los hallazgos.

**Palabras clave:** *Causas de la ruptura de pareja, abuso de alcohol, consumo de drogas ilegales.*

---

## ABSTRACT

---

Since the Law of Divorce in Spain was approved, the number of separations and divorces has increased considerably. One of the causes of the marital rupture is the alcohol abuse or the illegal substances consumption of one of the members of the couple. The objective of the study is to examine the relationship between these addictive behaviours and divorces in a sample of 50 couples, using a semistructured interview that was applied to both spouses separately. The results of the study show the lack of agreement between members of the couple for defining the reasons of the rupture, as well as the women perception of a greater prevalence of addictive behaviours among their partner than men. The implications of the findings are discussed.

**Key words:** *Reasons for divorce, alcohol abuse, illegal substances consumption.*

---

## INTRODUCCIÓN

---

Desde que en 1981 se aprobó la Ley del Divorcio en España, el número de separaciones y divorcios ha ido aumentando progresivamente. Según los datos del Consejo General del Poder Judicial, en el año 2005 se produjeron en nuestro país más de 93.500 divorcios y 55.600 separaciones. De éstos, 56.389 divorcios y 36.039 separaciones se resolvieron de mutuo acuerdo, lo que representa aproximadamente un 60% de divorcios y un 65% de separaciones en los que se llegó a un acuerdo entre ambos cónyuges. En la Comunidad Valenciana en el año 2005 se resolvieron 7.248 divorcios consensuados, 3.243 divorcios no consensuados, 4.664 separaciones de mutuo acuerdo y 2.139 separaciones contenciosas. Con la modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento en materia de separación y divorcio (publicación en el BOE el 9 de julio de 2.005 de la Ley 15/2005 del 8 de julio) se ha producido un importante incremento

de los divorcios y un descenso en las separaciones. La modificación legal ha influido también en el número total de separaciones y divorcios, con un incremento de casos de un 22% en el segundo trimestre del año 2005, coincidente con la entrada en vigor de la Ley.

La ruptura de pareja se caracteriza por ser una de las experiencias más dolorosas que puede sufrir una persona a lo largo de su vida. Se considera el acontecimiento más estresante después de la muerte de un ser querido, según la Escala de eventos de vida de Holmes y Rahe (1967). Mientras que en general la ruptura produce soledad y aislamiento, la vida en pareja proporciona compañía y apoyo emocional, a pesar de que exista cierto nivel de conflictividad en ella (Bernal, 2006). Con frecuencia, el divorcio o separación suele contemplarse como una solución cuando el nivel de conflicto es muy alto. Sin embargo, después de la ruptura se producen una serie de cambios personales, familiares, económicos y sociales, que pueden resultar tanto o más estresantes que el periodo anterior (Doménech, 1994). La etapa posterior a la ruptura requiere un ajuste por parte de los dos cónyuges a la nueva situación. Cuando uno de los miembros de la pareja se niega a aceptar la ruptura, no se desvincula de su ex cónyuge y trata de seguir formando parte de su vida. La disolución de la pareja implica para uno de los miembros un cambio de domicilio y en ambos una modificación en las rutinas y hábitos compartidos. La soledad no sólo procede de la ausencia del cónyuge, sino también de la pérdida del grupo de amigos comunes que en ocasiones no saben a quién prestar su apoyo. A nivel personal, la pareja debe lograr su desvinculación emocional, pasando de una relación de dependencia mutua a una de independencia.

Uno de los motivos que las parejas consideran como causa de la ruptura es el abuso de alcohol o sustancias por parte de uno de los cónyuges. En EE.UU. en la década de los 90 el consumo habitual de alcohol fue estimado como causa del divorcio por el 0.3% de las parejas. En Francia el porcentaje ascendía al 18% (Aguilar, 2006). En ocasiones, el abuso de alcohol o consumo de otras sustancias no es la causa, sino una consecuencia de la ruptura. Después de la disolución de una pareja ambos cónyuges atraviesan un periodo crítico en el que suele ser frecuente la pérdida de apetito, falta de concentración, llantos frecuentes, recurriendo en algunos casos al alcohol, drogas o tranquilizantes para aliviar el dolor y ausentarse emocionalmente (Rojas, 1994). Según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 (Plan Nacional sobre Drogas, 2006), el alcohol es, junto con el tabaco, la sustancia de abuso más extendida en nuestro país, con un 15% de la población que lo consume a diario,

un 65% que lo ha tomado en el último mes y un 77% que lo ha consumido en los 12 meses anteriores al estudio. Entre las drogas ilegales, es el cannabis la de mayor prevalencia de consumo con un 2% de la población española que la consume a diario, seguida por la cocaína.

Los efectos del abuso de sustancias que afectan a la pareja e hijos son múltiples. A nivel familiar se produce un deterioro de las relaciones entre el consumidor y el resto de miembros de la familia. En muchos casos, las mujeres que conviven con un alcohólico pierden su estabilidad emocional y precisan de apoyo psicológico (Madden, 1986). El abuso de drogas ilegales puede afectar del mismo modo a la pareja del consumidor, disminuyendo su autoestima, provocando problemas en su estado de ánimo y fomentando la inseguridad hacia su compañero. La despreocupación del consumidor por el cuidado de los hijos, la falta de atención hacia el cónyuge y el desinterés por las tareas del hogar provocan múltiples discusiones y una relación cada vez más conflictiva entre la pareja.

Es evidente que los bebedores y consumidores de drogas ilegales tienen mayor riesgo de divorcio o problemas conyugales, hallándose entre ellos un alto porcentaje de rupturas de pareja. En la consulta clínica es frecuente encontrar parejas que aluden a algún tipo de adicción como causa de su ruptura. Sin embargo, en la literatura científica no hemos encontrado estudios con población española que examinen la relación entre las conductas adictivas y las rupturas conyugales. Este artículo pretende, por tanto, analizar la relación existente entre la disolución marital y las adicciones de uno o ambos miembros de la pareja, realizando un análisis descriptivo a partir de la información proporcionada por los dos cónyuges.

---

## *MÉTODO*

---

### **PARTICIPANTES:**

La muestra del estudio está constituida por 50 parejas que han vivido una ruptura conyugal. El 73% se encontraban legalmente casados, mientras que el resto convivían sin formalización legal de la unión. El tiempo medio de convivencia de la pareja fue de alrededor de 6 años y en todos los casos existían hijos nacidos de la relación, con una media de un hijo compartido. La custodia de los menores se distribuye de la siguiente manera: el 90% de las custodias las poseen las madres, el 8% los padres y en un único caso la custodia se encuentra compartida entre ambos proge-

nitores. Según la información proporcionada por las mujeres, en el 72% de los casos fueron ellas las que tomaron la iniciativa en la demanda de separación, en el 12% de los casos fue su ex-cónyuge y en el 16% ambos miembros de la pareja. El 42% de los varones informan, sin embargo, que ellos tomaron la iniciativa, el 48% afirman que fueron sus ex-cónyuges, y el 10% que fueron ambos. Después de la ruptura conyugal, un 34% de varones y un 36% de mujeres afirmaban tener una nueva pareja.

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo en un Punto de Encuentro Familiar de la Comunidad Valenciana, en el sureste de España, al que asisten las familias afectadas por una ruptura conyugal conflictiva para la supervisión del encuentro de los progenitores no custodios con los hijos menores de edad. La muestra está formada por los expedientes recibidos desde junio de 2005 hasta diciembre de 2006.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Como instrumento de evaluación se utilizó una entrevista semiestructurada elaborada para la realización de este estudio. Estaba formada por 24 preguntas, más un apartado de datos de identificación y otro de observaciones. En la entrevista se recababa información sobre: a) la situación actual de cada cónyuge: número de hijos, situación laboral, existencia de apoyo familiar y número de personas que conviven en el hogar, b) la historia familiar: el tiempo de duración de la convivencia conyugal, el momento de aparición de las desavenencias conyugales, el cónyuge que tomó la iniciativa para la disolución de la pareja, si consideran el abuso de alcohol y/o el consumo de drogas ilegales motivos para la ruptura conyugal, y la forma de afrontamiento de las desavenencias, c) las relaciones interparentales después de la ruptura: la cantidad y calidad de las relaciones, y la existencia de altercados después de la separación, d) las relaciones paterno-filiales: la existencia de dificultades para el encuentro con los hijos, la existencia de cambios en la relación, etc., e) el conocimiento del ajuste de los hijos a la ruptura conyugal: quién explicó la ruptura a los hijos, efectos iniciales de la separación, cambios en la salud de los hijos, colegio, relaciones sociales, etc.

Cada pregunta de la entrevista contiene varias alternativas de respuesta, formuladas en base a la literatura y a la experiencia previa de los autores del estudio. Las respuestas de los sujetos fueron codificadas en la alternativa correspondiente o, de no ajustarse a ninguna opción de respuesta, añadida como un ítem de elección más.

## **PROCEDIMIENTO:**

Después de la remisión de cada caso, se citó por separado a cada miembro de la pareja para realizar la entrevista. Se les explicó que se les iba a solicitar información sobre su historia familiar, proceso de ruptura conyugal y relación post-ruptura con sus hijos y su ex-cónyuge. Se les informó que las respuestas eran confidenciales y que no debían contestar ninguna pregunta que no quisieran.

La duración de la entrevista fue aproximadamente de una hora y fue llevada a cabo por psicólogos con formación en atención a menores y familias.

La información recabada en las entrevistas fue codificada y analizada con el programa estadístico SPSS 14.0.

## *RESULTADOS*

---

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el estudio. En primer lugar, se recogen los datos sociodemográficos (situación laboral, existencia de apoyo familiar, personas que conviven en el hogar y existencia de una nueva pareja). Posteriormente se expone la información referente a la historia familiar (relaciones antes de la ruptura, momento de aparición de las desavenencias conyugales, iniciativa en la separación, y problemas de abuso de alcohol o consumo de drogas ilegales como motivo de la disolución conyugal). En las parejas en las que uno de los miembros o ambos informan de la existencia de un problema de adicciones como causa de la separación se analiza además la existencia de otros problemas añadidos, las relaciones postruptura y la relación paterno-filial. Por último se halla el grado de acuerdo existente entre la información proporcionada por ambos miembros de la pareja.

El análisis de los datos sociodemográficos nos informa que el 62% de las mujeres del estudio se encontraban laboralmente activas en el momento de realizar la entrevista, y que el 92% afirmaba tener apoyo familiar para las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. De las mujeres que conviven de forma habitual con sus hijos ya que poseen su custodia (94%), el 37% viven solas con ellos, el 43% viven con sus hijos y su familia extensa, y el 20% viven, además de con sus hijos, con su nueva pareja. De la información proporcionada por los varones se observa que el 90% trabajan y que el 86% reciben apoyo de los miembros de su

familia para el cuidado del hogar y de sus hijos. La mayoría de los varones viven solos o con su nueva pareja y, de los que poseen la custodia de sus hijos, el 57% viven solos con ellos y el 43% viven además con su familia extensa.

Del análisis de la historia familiar (véase la tabla 1) se desprende que únicamente el 32% de las mujeres consideran que su relación antes de la ruptura era generalmente buena, frente al 65% de los varones. Al contrario, la mayoría de las entrevistadas afirman que en la relación existían problemas continuos (52%), frente a la opinión de sus ex cónyuges (14%). Los problemas conyugales comenzaron al inicio de la convivencia en el 32% de los casos, según la información proporcionada por las mujeres, aunque sólo el 15% de los varones están de acuerdo con esa afirmación. El 8% de las mujeres y el 2% de los varones aseguran que ocurrieron en el primer año y aproximadamente la misma proporción de mujeres y varones afirman que las desavenencias surgieron después del primer año de convivencia o con el nacimiento de los hijos.

**Tabla 1. Historia Familiar**

		INFORMADOR	
		Varones (n=50)	Mujeres (n=50)
¿Cómo transcurría la vida antes de la ruptura?	Problemas continuos	14%	52%
	Grandes altibajos	2%	10%
	Pequeños problemas, pero muy frecuentes	12%	4%
	Generalmente buena	65%	32%
	No sabe	7%	2%
¿En qué momento comienzan las desavenencias?	Al inicio de la convivencia conyugal	15%	32%
	En el primer año de convivencia	2%	8%
	Después del primer año de convivencia	25%	22%
	Con el nacimiento de los hijos	25%	20%
	No sabe	33%	18%

La iniciativa para la ruptura conyugal fue tomada, según las mujeres, mayoritariamente por ellas (72%), o de forma conjunta por ellas y sus ex cónyuges (16%), siendo menor la proporción de mujeres que aseguran que fueron sus ex parejas quienes iniciaron los trámites para la disolución conyugal (12%). Los varones, sin embargo, aseguran que ellos (42%) o sus ex compañeras (48%) tomaron la iniciativa, informando sólo un 10% de varones de la existencia de acuerdo entre ambos miembros de la pareja en el inicio de los trámites.

Ahondando en los dos motivos analizados de la disolución conyugal (véase la tabla 2), el 30% de las mujeres afirman la existencia de un problema de abuso de alcohol, que en todos los casos atribuyen a su ex pareja, mientras que el resto (70%) no contemplan esta opción entre las causas de la separación. Del mismo modo, el consumo de drogas ilegales es considerado como motivo de la ruptura por el 52% de las mujeres, siendo el varón, según la información proporcionada por ellas, el consumidor. El resto de mujeres (48%) informan que la disolución conyugal no fue iniciada por dicho motivo. Entre los varones, únicamente el 10% informan de problemas de alcohol como causa de la separación conyugal; de éstos, el 60% reconocen ser ellos mismos los consumidores y el resto aseguran que eran sus ex cónyuges. Las drogas ilegales se consideran causa de la ruptura por el 8% de los varones, atribuyéndose ellos mismos el consumo (25%) o a sus ex parejas (75%).

**Tabla 2. Motivo Principal de la Disolución de la Pareja**

		INFORMADOR	
		Varones (n=50)	Mujeres (n=50)
Abuso de alcohol	Sí	10%	30%
	No	90%	70%
Consumo de drogas ilegales	Sí	8%	52%
	No	92%	48%

De las mujeres que informan de problemas de alcohol de su ex cónyuge como causa de la separación, el 80% afirman que ellas tomaron la iniciativa para la ruptura, el 13% que fueron sus ex parejas y el 7% que la decisión fue tomada por ambos (7%). La proporción es semejante al

considerar el abuso de drogas ilegales: el 81% afirman haber iniciado ellas los trámites para la separación, el 15% aseguran que fue su ex pareja y el 4% que fueron ambos. De la información proporcionada por los varones se desprende que los que afirman que el abuso de alcohol de su ex pareja motivó la ruptura ( $n=2$ ) informan que ambos decidieron romper la unión. Los que reconocen ser los consumidores ( $n=3$ ) manifiestan en la misma proporción que la decisión de romper la pareja fue de ellos mismos, de su ex pareja o fue una decisión compartida. Los varones que indican que el abuso de drogas ilegales por parte de su ex mujer ( $n=3$ ) provocó la ruptura dicen haber tomado la iniciativa para la separación ellos mismos ( $n=1$ ), su ex pareja ( $n=1$ ) o ambos ( $n=1$ ). El único varón que reconoce ser el consumidor de drogas ilegales, afirma ser él quien decidió romper la relación. Para conocer si los problemas de abuso de alcohol y consumo de drogas ilegales aparecen solos o coexisten, se halló la correlación entre ambos. El análisis estadístico de los resultados informa de una correlación media entre el consumo de alcohol y drogas ( $r = 0.54$ ;  $p = 0.01$ ).

En los casos en que se alude a un problema adictivo como causa de la ruptura existen otras causas añadidas. Al analizar las submuestras formadas por los varones ( $n=8$ ) y las mujeres ( $n=27$ ) que consideran las conductas adictivas como la causa principal de la ruptura, encontramos que sólo un varón informa de aburrimiento y monotonía en la pareja como razón añadida de la separación. Las mujeres, sin embargo, informan que a la ruptura conyugal también ha contribuido el descuido de su ex pareja en el cuidado de sus hijos (22%), la infidelidad de su ex cónyuge (14%), los malos tratos físicos sufridos (22%), el maltrato psicológico (44%) y la inseguridad surgida en ellas hacia sus ex parejas (15%). Con referencia a la forma de afrontar las desavenencias conyugales cuando éstas surgen, el 50% de los varones afirma que se afrontaban sin discusiones importantes. El resto considera que las discusiones eran fuertes y frecuentes y que a menudo los niños se encontraban presentes. Las mujeres, sin embargo, informan mayoritariamente (59%) de conflictos graves y continuos delante de los hijos, de discusiones fuertes sin presencia de los menores (15%) o de desavenencias que se solucionan sin discusiones graves (26%).

Se han analizado asimismo las relaciones postruptura (véase la tabla 3) entre las parejas que consideran la adicción como causa principal de la separación ( $n=30$ ). Los varones y mujeres afirman mayoritariamente que las relaciones eran inexistentes. En algunos casos las mujeres las consideran escasas y con reproches continuos, o basadas únicamente en

el intercambio de información sobre los hijos, respuestas que los varones no consideran. La existencia de una relación fluida es contemplada por el 25% de los varones, pero sólo por el 7% de las mujeres. Aproximadamente la misma proporción de varones (62%) y mujeres (67%) informan de altercados (peleas, discusiones graves, etc.) después de la ruptura.

**Tabla 3. Relaciones Postruptura**

	INFORMADOR	
	Varones (n=8)	Mujeres (n=27)
Inexistentes	50%	52%
Escasas y con reproches continuos	0%	22%
Sólo intercambio de información sobre los hijos	0%	11%
Fluidas	25%	7%
Variables y ambiguas	25%	8%

Respecto a la relación paterno-filial, los padres informan que después de la ruptura han flexibilizado las normas con sus hijos (33%) o que no ha habido ningún cambio en la disciplina (67%). Cinco de los 8 varones que reconocen la adicción como la razón de su separación informan sobre determinados efectos de la ruptura en los hijos. Algunos relatan problemas en la salud física (50%), problemas en el rendimiento académico (33%), en las relaciones sociales (50%) o problemas psicológicos como tristeza o ansiedad. De las 27 mujeres que refieren conductas adictivas que motivan la ruptura, el 89% afirma no haber flexibilizado la disciplina con sus hijos, pero el 59% dice haber percibido repercusiones tras la ruptura, sobre todo problemas en la salud física (18%), en los estudios (19%) y en las relaciones con los iguales (12%).

Según los datos de la página 11v y 14, el total de mujeres que refieren conductas adictivas en el cónyuge es 41 (Mujeres 30% = 15 el marido bebe; 52%=26 el marido toma drogas ilegales).

Con el objetivo de conocer si existe acuerdo de la pareja al considerar los problemas de alcohol o el consumo de drogas ilegales como motivos de la ruptura conyugal, se hallaron correlaciones entre la información

proporcionada por los dos informadores. El análisis se llevó a cabo con las parejas en las que un miembro o ambos consideraban el abuso de sustancias como razón principal de la separación conyugal ( $n=30$ ). La correlación hallada entre la información proporcionada por los dos miembros de la pareja fue baja en los dos motivos de ruptura analizados: alcohol ( $r = 0.21$ ) y drogas ilegales ( $r = 0.18$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo del estudio era examinar si el consumo de alcohol o drogas ilegales eran valorados como la causa principal de la ruptura conyugal en una muestra de 50 parejas. Del mismo modo se pretendía averiguar si dichos motivos eran reconocidos por ambos miembros de la pareja o si no existía acuerdo entre ellos al definir las razones por las que habían decidido dejar la relación. La muestra del estudio estaba constituida por parejas que precisaban de apoyo técnico e institucional para la supervisión del régimen de visitas de sus hijos debido a la relación conflictiva que existía entre ambos cónyuges. Al tratarse, por tanto, de parejas con una separación o divorcio contencioso el abuso de alcohol u otras sustancias podría estar más presente como causa de la ruptura.

Los resultados ponen de manifiesto la falta de acuerdo entre ambos miembros de la pareja, no sólo al definir las causas de la separación sino también al precisar otros aspectos de la relación (por ejemplo, la existencia de problemas antes de la separación y el inicio de éstos, las relaciones después de la ruptura, el impacto del divorcio en los hijos, etc.).

El 30% de las mujeres y el 10% de los varones consideran que el consumo de alcohol ha sido un motivo para la ruptura. El consumo de drogas ilegales es reconocido además como un problema que motivó la disolución de la pareja por el 52% de las mujeres, pero sólo por el 8% de los varones. Se halla una correlación media entre el consumo de alcohol y drogas ilegales, lo que significa que en la muestra analizada cuando existe un problema de abuso de alcohol es frecuente también que el consumidor tome otras sustancias.

Los resultados indican, por tanto, que son las mujeres quienes informan en mayor proporción de conductas adictivas, frente a un porcentaje menor de varones. Por otro lado, cabe destacar que en todos los casos las mujeres indican que era su ex cónyuge el consumidor, mientras que éstos o bien admiten ser ellos los consumidores o bien responsabilizan a

su ex pareja. La discordancia entre dicha información podría responder a diferentes planteamientos. En primer lugar, podría ocurrir que los consumidores no reconozcan el problema, lo que explicaría la baja proporción de varones que informan del consumo frente al alto porcentaje de mujeres que señalan en ellos problemas de alcohol y/o drogas. El hecho de que la muestra esté formada por parejas con una ruptura conflictiva, en las que no necesariamente existe una intención de abandonar el abuso de sustancias, podría justificar que los consumidores no reconozcan el problema, ya que no tienen por qué considerarlo como tal. De hecho, los 3 únicos varones que admiten un problema de abuso de alcohol u otras drogas informan de su asistencia a un tratamiento rehabilitador.

Por otro lado, las mujeres podrían sobreestimar el problema o podrían considerar el consumo de alcohol o drogas de su ex pareja dañino para la relación, mientras que éstos lo perciben como un consumo esporádico y responsable que en ningún caso perjudica a la pareja. Parece ser que los varones conciben la relación antes y después de la ruptura de forma más positiva que sus ex compañeras, lo que podría apoyar la idea de que perciban que el consumo de alcohol o drogas era un consumo responsable y no constituía un problema. Resulta llamativo, sin embargo, que aunque muy pocos varones consideran el alcohol o drogas responsables de la ruptura, sólo uno de ellos indica otros motivos de la separación. Niegan que exista una adicción que cause la ruptura, pero tampoco informan de otras causas. Las mujeres consideran en mayor proporción la existencia de un problema adictivo, así como la presencia de otras dificultades añadidas, lo que podría explicar que afirmen haber tomado la iniciativa en la disolución de la pareja en un porcentaje mayor que los varones (72% frente a 42%).

La percepción que tienen las mujeres sobre la relación de pareja antes y después de la ruptura es más negativa que la de los hombres. Sin embargo, perciben en sus hijos menos problemas que sus ex-cónyuges como consecuencia de la separación. El 59% de las mujeres y el 63% de los varones informan haber percibido cambios en el bienestar físico y psicológico de sus hijos después de la ruptura, informando de la aparición de problemas en los niños, como por ejemplo bajo rendimiento académico, ansiedad o problemas en la alimentación. Quizás, el hecho de que la mayoría de custodias las posean las madres explica que éstas perciban el estado físico y psicológico de sus hijos mejor después de la ruptura, momento en que los niños conviven únicamente con ellas y se relacionan de forma esporádica con los padres. La disolución conyugal evita en muchos casos

que los hijos de la pareja presencien los conflictos entre los padres y reduce por tanto el impacto psicológico de las desavenencias conyugales en los menores. Sin embargo, en nuestro estudio la relación entre las parejas también era muy conflictiva después de la ruptura. Los niños continuaban expuestos a los conflictos parentales no sólo durante la convivencia conyugal sino también después de la separación. Precisamente no es el acontecimiento del divorcio en sí lo que afecta a los menores, sino más bien las vivencias y conflictos antes y después de la ruptura. De hecho, cuanto más conflictivas son las relaciones entre los padres, la ansiedad de los hijos es más elevada y su adaptación a la nueva situación es más lenta y complicada (Pons-Salvador y del Barrio, 1995). Además, el mayor grado de insatisfacción del menor con el ambiente familiar y con las relaciones entre sus padres se produce cuando se está tramitando la separación, momento en que suelen presenciar peleas, disputas y recriminaciones entre ambos progenitores (Bengoechea, 1995). La entrevista a los padres en nuestro estudio se llevó a cabo en el momento en que el caso fue remitido por el Juzgado al Punto de Encuentro. Los problemas parentales eran muy recientes y todavía no se había iniciado la supervisión psicológica del régimen de visitas para evitar las disputas entre ambos progenitores en presencia de los menores. Por ello, el bienestar emocional de los niños podría verse afectado, a pesar de la baja proporción de madres y padres que indican haber percibido problemas en sus hijos.

En definitiva, del estudio se concluye que ambos miembros de la pareja difieren al considerar los motivos de su ruptura. Las mujeres informan en mayor medida que los varones de la existencia de conductas adictivas que han causado la separación de la pareja, atribuyendo en todos los casos el consumo a su ex-cónyuge. Añaden además otros motivos para la ruptura. Los varones, sin embargo, no consideran el consumo de alcohol o de otras drogas causa de la separación. El estudio nos muestra también la falta de acuerdo entre la percepción de ambos miembros de la pareja sobre las desavenencias previas y posteriores a la ruptura, así como la repercusión de la separación en los hijos. La muestra está formada por parejas que han sufrido una ruptura muy conflictiva y que precisan de apoyo técnico e institucional para el cumplimiento del régimen de visitas de los hijos menores de edad, lo que podría condicionar los resultados del estudio. Sería conveniente, por ello, replicar la investigación con parejas cuya ruptura se haya producido de mutuo acuerdo y verificar si en esos casos existe acuerdo entre ambos cónyuges en los motivos percibidos para la separación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aguilar, J.M. (2006). *Con mamá y con papá*. Córdoba: Editorial Almuzara.
- Bengoechea, P. (1995). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*, 4(2), 491-511.
- Bernal, T. (2006). *La mediación. Una solución a los conflictos de ruptura de pareja*. Madrid: Colex.
- Doménech, A. (1994). *Mujer y divorcio: de la crisis a la independencia*. Valencia: Promolibro.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Madden, J. S. (1986). *Alcoholismo y fármaco-dependencia*. México: El Manual Moderno.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2006). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006*.
- Pons-Salvador, G. y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7(3), 489-497.
- Rojas, L. (1994). *La pareja rota. Familia, crisis y superación* (4ª ed.). Madrid: Espasa Calpe.