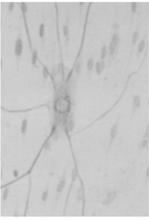


Salud y drogas

1. Editorial	7	4. Noveles	
2. Originales		Esteroides y percepción del riesgo	
Cognitive Misperceptions as Determinants of Drug Misuse		<i>Cristina Irigoyen</i>	119
<i>Steve Sussman</i>	11	Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica	
Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes		<i>Alejandra Cattán</i>	139
<i>Fabiola García Campos, M^a Carmen Segura Díez</i>	35	7. Recensiones de libros	165
Abordaje teórico/práctico de la intergración sociolaboral			
<i>José Francisco López y Segarra</i>	57		
3. Artículos de revisión			
Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales			
<i>Ricardo Vacca</i>	77		
Educación Social: Planes de estudio y drogodependencias			
<i>Encarna Bas Peña</i>	99		



Revista Salud y drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARÍA

Daniel Lloret Irlas
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica. (Bilbao)
Francisco Javier Ayesta Ayesta
Universidad de Cantabria.
Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona.
Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.
Juan Vicente Benéit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid.
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo.
Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco.
Éliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine. (USA)
Kenneth Griffin
Cornell University (USA)
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky. (USA)
Gerardo Marín
University of San Francisco. (USA)
Emiliano Martín González
Ayuntamiento de Madrid
Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia
Rafael Nájera Morrondo
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. (Madrid)
César Pascual Fernández
Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Gobierno de Cantabria.
Bartolomé Pérez Gálvez
Director General de Drogodependencias
Generalitat Valenciana.
Alain Rochon
Régie Régionale de L'Estrie. (Canada)
Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández.
Merrill Singer
Hispanic Health Council. (USA)
José Ramón Varo Prieto
Servicio Navarro de Salud.

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Consuelo Guerrí Sirena
Instituto de Investigaciones Citológicas. (Valencia)
Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante.
Rafael Maldonado López
Universidad Pompeu Fabra.
Miguel Navarro García
Universidad Complutense de Madrid.
Miguel Ángel Ortíz de Anda
Edex-Centro de Recursos Comunitarios. (Bilbao)
Francisco Pascual Pastor
Unidad Alcohología de Alcoy. (Alicante)
Jesús Ángel Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas. (Bilbao)
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital General Universitario de Alicante.
Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid.
Javier Ruiz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete.
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid.
José Sánchez Payá
Hospital General Universitario de Alicante.
Manuel Sanchis Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona.
Miguel Ángel Torres Hernández
Secretario Técnico de la Dirección General
de Drogodependencias. Generalitat Valenciana

ÍNDICE

1. EDITORIAL	7
2. ORIGINALES	
Errores cognitivos como determinantes del abuso de drogas <i>Steve Sussman</i>	11
Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes <i>Fabiola García Campos y M^a Carmen Segura Díez</i>	35
Abordaje teórico/práctico de la integración sociolaboral en adicciones <i>José Francisco López y Segarra</i>	57
3. ARTICULOS DE REVISIÓN	
Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales <i>Ricardo Vacca</i>	77
Educación Social: Planes de estudio y drogodependencias <i>Encarna Bas Peña</i>	99

ÍNDICE

4. NOVELES

Esteroides y percepción del riesgo
Cristina Irigoyen 119

Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales
en pacientes adictos de una comunidad terapéutica
Alejandra Cattan 139

5. RECENSIONES DE LIBROS 165

INDEX

1. EDITORIAL	7
2. ORIGINALS	
Cognitive misperceptions as determinants of drug misuse <i>Steve Sussman</i>	11
Educational styles and drug consumption between teenagers <i>Fabiola García Campos y M^a Carmen Segura Díez</i>	35
Socio-laboural integration theoretical/practical addressing in addiction <i>José Francisco López y Segarra</i>	57
3. REVIEW ARTICLES	
Clinical aspects of gambling: a non conventional addiction <i>Ricardo Vacca</i>	77
Social education: Study programs and drug-addiction <i>Encarna Bas Peña</i>	99

INDEX

4. NOVEL

Steroids and risk perception

Cristina Irigoyen

119

**Comparative study of selfsteem and social skills in addicts
inpatients in a Therapeutic Community**

Alejandra Cattan

139

5. BOOK REVIEW

165

EDITORIAL

COCA, POR NARICES

Decir que desde que el mundo es mundo, la raza humana se ha tirado a bocajarro en busca de la magia, de la evasión fácil, de la auto engañifa sin tener en cuenta los costes, de la persecución de placeres mundanos, es hablar de la verdadera historia de las adicciones. Llevamos miles de años encontrando sustancias maravillosas que se convierten después en auténticas armas de destrucción personal y social, aunque muchos deciden continuar en su compañía a pesar de todo. Enjuagar las emociones es costoso cuando no se cuenta con algo que nos ayude a conseguirlo, por eso una vez que se prueban los efluvios adictivos que nos trasforman en seres sobrenaturales de pacotilla, somos incapaces de echar marcha atrás y deshacernos de su mortal influencia. En el alocado universo en que vivimos, de variedades y globalización, contamos en la actualidad con un abanico tan amplio de posibilidades, en cuanto a sustancias naturales y artificiales se refiere, que hace imposible controlar las consecuencias, aunque nos empeñemos en prevenir el gran problema del consumo, éste supera nuestras expectativas. Las herramientas que utilizamos con más frecuencia son la información y la concienciación de la población, pero por las tendencias que nos dictan las frías estadísticas nos estamos quedando cortos y el consumo avanza implacable, cebándose en los sectores más jóvenes.

Ha costado varias décadas reducir de una forma importante el uso de heroína en España, que ahora ha pasado a un segundo plano, para dejar paso a una nueva reina entre los consumidores, también en polvo y que hace añicos la vida de quien la acaricia, la cocaína. El perfil de quien la usaba en los años ochenta se configuraba entre la llamada “gente guapa”, los “yuppies” que alardeaban de su disfrute como posesos, basando su utilización en emponzoñados argumentos de fortaleza para trabajar más horas y mejor, embolsándose suculentos dividendos que despilfarraban estúpidamente en tres rayas efímeras, además de destrozarse el cerebro. De ahí hemos pasado, de una manera fulminante, a la popularización de

la coca, hasta el punto de que cualquiera tiene acceso a ella, sin mirar género, condición laboral, social o cultural. De alguna forma esta droga ha conseguido convencer de su inocuidad a pesar de estar machacándose continuamente con grandes campañas que aseguran y demuestran lo contrario. Uno de los mejores eslóganes que se han usado en campañas de prevención fue, sin duda, el que promulgaba aquello de “Ten cerebro, pasa de la coca”, acompañado de imágenes espectaculares y un sonido que hacía estremecer al más valiente.

Los esfuerzos empleados en contrarrestar el consumo de coca no han sido suficientes y hemos logrado el deshonroso segundo puesto en el ranking mundial de mayores consumidores del polvo blanco después del irremplazable EEUU y seguidos muy de cerca del Reino Unido, según un reciente estudio de la ONU, donde China está en un afortunado y envidiable último puesto y países productores de coca, como Colombia, no alcanzan ni un tercio del consumo de EEUU. No deja de ser paradójico que tanto los norteamericanos como los españoles seamos los que encabezamos el consumo mundial pero también los que más recursos empleamos en medidas preventivas y persecución del narcotráfico.

La sociedad española, en los últimos años, se ha retranqueado demasiado en cuanto a su grado de preocupación por el consumo de drogas en general y ha llegado a olvidar que tenemos un problema de salud de máxima importancia, porque incide en todos los estratos sociales de manera directa y merma la potencialidad de nuestros jóvenes, en su salud, su familia, su entorno y para conseguir un hueco en el mercado de trabajo. No podemos hacer una buena prevención sin que todos, absolutamente todos, pongamos nuestro granito de arena, apoyando vehementemente las medidas que emergen desde tantas instituciones dedicadas a afrontar esta problemática. Si seguimos relajados tendremos coca, por narices.

José A. García del Castillo
Director del INID

ORIGINALES

COGNITIVE MISPERCEPTIONS AS DETERMINANTS OF DRUG MISUSE

Steve Sussman

*Institute for Health Promotion & Disease Prevention Research
University of Southern California*

ABSTRACT

This paper describes the role of four types of cognitive misperception-related variables in the arena of drug misuse: cognitive-information errors, limitations in cognitive processes occurring during a period of experimentation with drug use, belief-behavior congruence maintenance, and situational/contextual distortion. Several current prevention strategies are provided aimed to counteract these misperception-related variables. By addressing each of these variables, novel drug misuse preventive strategies might be uncovered.

Key Words: cognitive misperceptions, addictions, prevention.

Corresponding Author:

Steve Sussman, Ph.D.

Professor of Preventive Medicine and Psychology

Institute for Health Promotion & Disease Prevention Research

University of Southern California

1000 S. Fremont Avenue, Unit #8

Alhambra, CA 91803

E-mail: ssussma@usc.edu

FAX: (626) 457- 4012

RESUMEN

Este artículo describe el papel de cuatro tipos de variables relacionadas con errores cognitivos en el ámbito del abuso de drogas: errores cognitivos-informativos, limitaciones en los procesos cognitivos que ocurren durante periodos de experimentación con consumo de drogas, mantenimiento de la congruencia creencia-conducta y distorsión situacional/contextual. Diversas estrategias de prevención actuales tienen como objetivo neutralizar estas variables relacionadas con errores cognitivos. El abordaje de dichas variables permitiría el desarrollo de nuevas estrategias preventivas del abuso de drogas.

Palabras clave: adicciones, prevención, errores cognitivos.

INTRODUCTION

The addictions have been referred to as a problem of perception among those in the recovery movement as well as by various researchers (Alcoholics Anonymous, 1976; Chuck C., 1984; Ellis & Harper, 1975; Glynn, Levant, & Hirshman, 1994; Gorski, 1989; Johnson, 1980; Meichenbaum, 1977; Sussman et al., 2004; Twerski, 1997). For example, Twerski (1997) discusses the thinking of drug abusers as exhibiting various distortions of thought. He believes that recognition of such cognitive distortions and their remediation needs to come from outside the addict; that the addict may block out certain facts that must be provided by others. However, exactly how it is that selective learning of information occurs, and how it is that subsequent, more accurate, potentially corrective information is not incorporated adequately into one's cognitive repertoire, generally is not described. A better understanding of the formation and maintenance of cognitive misperceptions can come from an integration of several literatures: recovery movement, critical thinking (philosophy), social and cognitive psychology, health psychology, clinical psychology, health behavior research, and sociology. From an examination of cognitive misperception-related phenomena within these literatures, types of cognitive variables may be inferred that are relevant to an understanding of the processes underlying the formation and maintenance of addictions.

First, cognitive misperceptions are created that might make drug use appear to be an attractive option to a perceiver. "Cognition-infor-

mation" errors may facilitate one's interest in trying and experimenting with drugs. Such errors may serve to make drug use appear to be a statistically normative, acceptable, or subjectively desirable behavior. Once one begins drug use, subjective effects of the drugs and peripheral experiences may reinforce continued use. Both explicit and implicit cognitive processes may lead the user to create automatic ties of use behavior to a variety of cues and outcomes that facilitate continued use (Stacy & Ames, 2001). Over time, negative consequences of drug use occur, but often corrective information is not deeply processed and drug misuse behavior does not change. Certainly, corrective information would need to compete with all ready pre-learned information (Sussman & Unger, 2004; Wiers et al., 2004). One's cognitive processing limits may deter successful competition with all ready learned information.

There may also be cognitive processes that actively deter learning new information. First, one may be driven to maintain belief-behavior congruence. One may utilize cognitive processes that serve to either distance the perceiver from incongruence between one's beliefs and behavior, perhaps to keep incongruent information from consciousness, or one may utilize logical-appearing processes that more directly attempt to maintain congruence between behavior (drug misuse) and one's beliefs. Second, one may distort the context of one's lifestyle to normalize one's behavior (situational/contextual distortions).

The following sections of this paper will briefly summarize each of these variables. Cognitive-information error formation is described first. Next, cognition processes occurring during the development of a behavioral relationship with drug use are described (explicit and implicit cognition), and cognitive processing limits are mentioned. These two cognitive variables may facilitate development of a stable pattern of drug misuse. Then, belief-behavior congruence processes are discussed, including "distancing" and other means to maintain congruence (e.g., logical fallacies). Finally, situational/contextual distortion perspectives are offered. These latter two types of cognitive variables may help maintain a stable pattern of drug misuse. Finally, approaches to counteract cognitive-information errors, cognitive variables associated with the development of a behavioral relationship with drug use, belief-behavior congruence, and situational/contextual distortions are suggested for the prevention of drug misuse.

COGNITION-INFORMATION ERRORS

One prefers to live with certainty; one bases one's ascertainment of predictability and control in one's life based on one's experiences. One's experiences become one's taken-for-granted-world (Schutz & Luckman, 1973). Representativeness or availability heuristics involve basing judgments on one's experiential schema of how representative a case appears to be, or how easily the case comes to mind, rather than relying on further evidence. Thus, errors of frequency or importance occur for *rare* or *vivid* stimuli (Kahneman, 2003), sometimes regardless of the distinctiveness of the stimuli within the encoding context (McConnell, Sherman, & Hamilton, 1994).

Specific theories in health behavior research that have been employed to explain these phenomena that increase one's sense of certainty include the *false consensus effect* (Sherman, et al. 1983), *illusory correlation* (McConnell, Sherman, & Hamilton, 1994), *implicit cognition theory* (Stacy & Ames, 2001), and *unrealistic optimism* (Weinstein, 1982; Weinstein, 1987). The false consensus effect refers to a tendency to believe that one's own attitudes or behaviors are more prevalent than they actually are. Illusory correlation as applied to behavioral phenomena refers to a tendency to overestimate the co-occurrence of two infrequent events or objects, perhaps due to processing mechanisms related to the relatively novelty of their co-occurrence (e.g., drug use behavior and very novel pleasurable events [peak experiences]). Implicit cognition theory, in part, describes tendencies to bias one's automatic outcome associations of consequences of one's behavior based on repeated associations of one's behavior with positive consequences in the past. Unrealistic optimism is the tendency to perceive that one's chances of suffering an (unexpected or undesired) disease is less than is actually the case. Together, the cognitive experiences described by these theories may tend to normalize one's estimates of drug use frequency or appropriateness, lead one to infer greater pleasure of the outcomes of one's behavior than is actually indicated in repeated experience, and lead one to discount likelihood of negative consequences to self from drug use.

There are several specific examples of how cognitive-information errors occur among those at risk for participation in unhealthy lifestyles. Pertaining to errors in frequency estimation, relative overestimation of drug use prevalence, relative overestimation of peer approval of drug use, and relative underestimation of personal risk for negative drug use consequences may lead to (or stem from) problem drug use (Sussman et al., 1988; MacKinnon et al., 1991; Weinstein, 1982; Weinstein, 1987). Rela-

tive overestimation of the normative frequency of one's attitudes and behavior (false consensus) may differ by health area, and may serve positive functions as well as negative functions for health (e.g., in depression it may serve a self-protective function; Tabachnik, Crocker, & Alloy, 1983). In the arena of drug abuse it serves a self-destructive function (e.g., Sherman et al., 1983; Sussman et al., 1988). These frequency errors tend to result from selective exposure to others that use drugs, tendency to more firmly process vivid stimuli, and motivational distortions that conform to one's recent behavior (e.g., Sherman et al., 1983; Sussman et al., 1988).

Further, biased recall may result merely from repeated memory associations (e.g., Stacy & Ames, 2001). For example, mere familiarity with statements about drug effects, no matter whether they are provided as statements of myth or fact, may alter outcome expectancies regarding drug use effects which are consistent with previously learned statements or behavior. Myths may become interpreted as facts subsequently, reinforcing previously pleasurable subjective effects of drug use experiences.

LIMITS IN COGNITIVE PROCESSING AND DRUG USE

There are two general cognitive processing systems that operate during the development of a behavioral relationship with drug use, one's explicit cognitive processes, including executive functioning, and one's implicit cognitive processes. These two cognitive systems operate together to direct one's behavior as a behavioral relationship is forming with drug use. Executive functioning operates to solve abstract problems and to plan one's behavior. Executive function processes detect changes in performance as a function of continued drug use. Decrements in performance may become recognized and logically attributed to drug use if deliberately processed (Sussman & Unger, 2004).

Implicit cognitive processes involve automatically activated cognitions that sometimes can be manifested in one's conscious stream of thought (if unfiltered), as opposed to deliberate processing of information. As such, implicit cognition is rapidly changing and not easily subject to introspection. Implicit cognitive processes act more on a store of information that includes the previous pleasurable effects of drug use as well as memory of decrements in current performance as a function of drug use. Interestingly, explicit and implicit cognitive systems are likely to interact and take different "roles" regarding the contemplation and performance of a behavior. One may observe himself/ herself acting out

of impulse and know that it is self-defeating (executive function), yet keep doing it anyway (implicit cognition function). In this instance, one is acting on implicit cognition, while one's executive functioning is acting as the "observer". It is possible for one to resist drug use through structuring one's time (executive function), although thoughts of drug use and pleasure may keep coming to mind spontaneously (implicit cognition). In this case, executive function is the actor and implicit cognition is the observer. Certainly, context factors as stimuli may influence the relative operation "strength" of explicit or implicit cognition. Stimuli that tend to evoke pleasurable drug-related memories may tend to influence implicit cognition, while stimuli that tend to evoke awareness of negative effects of drug use on current performance may tend to influence explicit cognition, at least until explicit cognitive information becomes later stored as implicit information (Alcoholics Anonymous, 1976; Stacy & Ames, 2001; Sussman & Unger, 2004; Wiers et al., 2004).

Corrective *executive operations are impaired* by time pressure, concurrent (multiple) task demands, mood fluctuation, or avoidance of having the desire or tendency to plan events (Kahneman, 2003; Matthys & Lochman, 2005). That is, corrective operations are impaired by cognitive processing limits. One acts to the limits of his or her behavioral repertoire, and one's knowledge of behavioral choices. One may or may not be fully aware of living in a world of "free operants" (Epstein, 1992). In other words, one may not be aware that there are several choices one may make to obtain satisfactory life outcomes. This lack of awareness may come from different sources. First, one may be unable to comprehend subtle information, or otherwise interact effectively enough with others so as to obtain needed information. Second, one may have a difficulty keeping two or more options "in mind" in working memory (Stacy & Ames, 2001). Third, one may have difficulty generating and weighing alternatives (Matthys & Lochman, 2005). Finally, one may have a difficulty in decisions related to initiating behavioral change. If one does attempt to initiate change, one may have difficulty observing an impact on others (decision making regarding matching of behavior to context).

BELIEF-BEHAVIOR CONGRUENCE

One prefers to live in harmony between one's beliefs and behavior, at least that which is brought to one's awareness. Twerski (1997) asserts that addicts engage in *perceptual distancing*. According to this formulation, the tendency to distort or discount time and daily experience would insula-

te a person that exhibits self-destructive behaviors from consequences of the behavior to self and others. Such perceptual distancing would be a strong barrier against change.

According to Twerski, drug addicts think in terms of brief chunks of time. Thus, they may believe that changes should happen quickly. For example, stopping use for a month may feel like a very long time to an addict, even though life course changes actually occur much more slowly. A second characteristic, according to Twerski, is that potential addicts may view their experiences as not genuine. The characteristics Twerski describes also may be re-conceptualized as categories of *logical fallacies* (e.g., www.intrepidsoftware.com/fallacy/toc.php [Stephen's Guide to the Logical Fallacies]; Ellis & Harper, 1975; Kahane, 1990; Sussman, Dent, & Stacy, 1996; Twersky, 1997). Three types of fallacies are particularly pertinent. One major set of fallacies are the "fallacies of distraction," in which by processing insufficient information poor decisions result (e.g., misuse of "or", "not", "if-then" or "and" operators; you are either an alcoholic or you are not, and if you are alcoholic then you will tend to be homeless). Not going into treatment because of its location (an example provided by Twersky) might be due to not considering all the potential locations of treatment. A second major set of fallacies are "causal fallacies," in which the identification of the cause of a behavior or event is misplaced (e.g., stress causes smoking versus smoking causes one to feel stress; others complain so that one has to drink versus one drinks and leads others to complain). A third major set of fallacies are "fallacies of ambiguity," in which phrases are used unclearly or inconsistently (e.g., you are sober today, so you are not alcoholic versus you are sober today, but you usually are drunk; you used to be dishonest [lying] and now you quit drinking and think that going into treatment would make you dishonest again since you are not drinking [not necessary]; Twersky, 1997). Once again, these fallacies when used may provide a cognitive-perceptual distance for perceiver from his or her self-destructive behavior.

Aside from distancing from an awareness of discrepancies between one's beliefs and one's behavior, one may more actively attempt to maintain belief-behavior congruence. Awareness of equivocation or discrepancies in one's beliefs or desires leads to a tendency to want to reduce them (motivation; Miller & Rollnick, 1991). Two classical social psychological theories are relevant to this belief-behavior discrepancy. *Balance Theory* argues that one seeks to achieve consistency regarding the polarity (+ or -) of relations with others, one's self, and one's own

beliefs (Heider, 1958). If one's beliefs are inconsistent with one's sense of self or with whom one forms a relationship with or attitude about, one will be motivated to change the belief, one's sense of self, or the relationship. Of course, while balanced situations might be relatively easy to remember, they will not necessarily be pleasant unless the polarities created are all positive (West & Wicklund, 1980). Drug users may perceptually distance so as to ignore a cognitive imbalance, or they may change their beliefs to become more favorable toward drug use so as to maintain a relationship with another drug user.

Cognitive Dissonance Theory argues that people are motivated to perceive a consistency between their decisions/behaviors and cognitions/beliefs. To make cognitions more consistent with decision-related behavior one might discount their importance, change them, or add new consonant cognitions/beliefs (Festinger, 1957). It is possible that discounting one's cognitions is similar to perceptual distancing, and new consonant cognitions may be supplied to support one's drug use.

CONTEXTUAL/SITUATIONAL DISTORTIONS

One likes to perceive his or her lifestyle as normal, appropriate, fun or optimal. One may interpret contexts within which one exists so as to normalize life experience. There are at least three examples of notions that apply to situational distortions. One notion is that of *mystification theory*, which states that meanings of behavior may be become confounded or distorted due to subjective effects interpreted within contexts (Lennard, Epstein, Bernstein, & Ransom, 1971). The process of mystification involves the definition of issues and situations in such a way as to obscure their most basic and important features. In one's social world, behaviors previously defined as normal behavior may become defined as not normal (e.g., mild social anxiety), and drugs may be promoted to fix this behavior. Drugs may achieve their effects by bypassing meaning and means such that the experiential outcome is not the real outcome (e.g., drug induced relaxation is not the same as learning to become more at ease in social situations by learning social skills). Also, the effects of drugs are derived not only by the pharmacological qualities of the drug, but also by beliefs about the drugs and the social context within which drug use occurs. Thus, it is understandable that a variety of myths regarding drug use and its effects can occur. For example, one may view themselves as having formed meaningful friendships just because they use drugs together (Ames, Sussman, & Dent, 1999; Sussman, Dent, & Stacy, 1996).

Another example of mystification is one applied to “getting used to a drug.” With some drugs, such as cigarettes, one may become sick when one first uses them. One may be taught by others that, by continued use one will get used to the drug, learn how to use it right; at that point, one will stop getting sick and enjoy use.

A second related notion is that of *perceived effects theory* (Smith, 1980). Most acts are intended to benefit the actor and some consequences of drug use may be grossly misperceived but may explain initiation of drug use because they appear to benefit the actor. For example, one may reinterpret a negative consequence of drug use (e.g., losing one’s car in a parking lot) as being positive (e.g., funny). Also, one may interpret a positive consequence of drug use (e.g., spending time with another person) as being more positive than it really is (e.g., true love, meaningful friendship). As escalation of use progresses, greater distortions of reality may justify continued use and abuse.

A third notion, of *delinquent subcultures*, is one on which much work has been completed and on which there are many variants. The basic notion of delinquent subcultures is that differential socialization may lead to group norms that serve to rationalize problem behavior (Akers et al., 1979; Cohen, 1955). These rationalizations, however, reflect norms which exist in opposition to dominant social values and occur in subcultural groups. Cohen, and some sociologists after him (e.g., Bordua, 1962), argued that certain youth subcultures engaged in problem behaviors due to a gross reaction against middle class society, as an expression of a general negativism, and because they found such activities to be a great deal of fun in the short-run.

There are several variants of the deviant subcultures notion. One such variant is *neutralization theory*. A modification of Cohen’s perspective, it is asserted that persons who exhibit problem behavior do internalize dominant social norms. However, norms are viewed as qualified guides for action, limited by situational variables (e.g., killing during war is okay; Agnew & Peters, 1986; Dodder & Hughes, 1993; Shields & Whitehall, 1994; Sykes & Matza, 1957). Techniques of neutralization include denial of responsibility (beyond one’s control), denial of injury, denial of the victim (deserved it), condemnation of the condemners (e.g., as hypocrites), and appeal to higher authorities (loyalty to persons or causes).

Recent work on “deviant talk” provides exploration into the development of deviant interactions that underlie such subcultural groups. Deviant or rule-break talk is defined as utterances that contain antisocial or norm-

breaking elements. Talk about stealing, lying, aggression, illegal acts, favorable depictions about drug use (i.e., talk about "being bad"), as well as swearing and rude or offensive gestures, removing clothes ("being bad"), and positive reactions to rule-break behavior (e.g., laughing) are exemplars of rule-break topics and deviancy training. While many youth engage in rule-break behavior, those youth who become absorbed more and more in such talk are at increased risk for future problem behavior (Granic & Dishion, 2003). Time spent with deviant peers, positive reactions among deviant peers for rule-break behavior, and processes where deviant youth try to attract attention among lower risk peers, all are aspects of deviancy training which lead to subsequent increases in drug use (Dishion, 2000; Dishion, Poulin, & Burraston, 2001; Poulin, Dishion, & Burraston, 2001).

CORRECTIVE STRATEGIES

One may develop steadfast positive beliefs about drug use through social learning processes (Bandura, 1986), based on subjective experience (Stacy & Ames, 2001), or due to peculiarities of behavior-outcome memory associations learned (Sussman, Dent, & Stacy, 1996). One good illustration is how marijuana use might be justified to regularly co-occur with driving a car. One may develop the cognitive-information error that marijuana use and safe driving are common and appropriate as co-occurring behaviors (false consensus, unrealistic optimism). One may also develop the belief that marijuana use leads to safe driving (marijuana use-slow down, safe driving-slow down, hence marijuana use-safe driving; stemming from an illusory correlation between frequency of marijuana use and frequency of slow driving, perhaps). Cognitive processing of a favorable relationship between marijuana use, driving, and perceived safety may solidify to the extent that no car accidents initially occur while driving under the influence of marijuana intake. Cognitive processing limits may interfere with being able to process that while marijuana use might lead one to drive slower, one might also feel drowsy or experience a dangerously slower reaction time (Sussman et al., 1996). One may also believe that one should drive safely, so marijuana use is a good drug to use to be able to drive more safely (belief-behavior congruence). Finally, one may view people who deter marijuana users from driving as uninformed villains (contextual/situational distortion). Several preventive strategies have been developed to counteract: cognitive-information errors, cognitive processing limits, belief-behavior congruence, and contextual/situational distortions.

COGNITIVE-INFORMATION ERRORS

There are several examples on how prevention programs have counteracted cognitive-information errors. As one example, drug use prevalence overestimates may be counteracted through an "overestimates reduction" prevention activity. In this activity teens engage in taking a poll on their perceptions of the numbers of their peers that use drugs and their own behavior. They are presented with a comparison of their own perception (e.g., that 74% and 46% of their peers have used marijuana and LSD in the last week, respectively), and their own polled behavior (e.g., only 12% of youth at regular high schools use marijuana in the last week, and only 28% of youth that attend alternative high schools (at-risk youth) use marijuana in the last week, and only 1% report use of LSD in the last week at either type of school environment (Sussman et al., 1995; Sussman, Craig, & Moss, 2002). By understanding that they tend to overestimate their perceptions of others, they realize that not everyone is using drugs "out there," that they don't need to use drugs to fit in with peers, and they may reduce their prevalence estimates.

One can also counteract cognitive-information error-related myth formation through use of elaborative processing (Stacy & Ames, 2001). As operationalized in a curriculum by Sussman and colleagues (Sussman, Craig, & Moss, 2002), first one discusses the kernel of truth in the myth, then one discusses why the myth is a myth. For example, one may discuss the myth of using drugs to be protected from life stresses. The kernel of truth is that one feels as if one is protected at least for awhile. However, the myth is a myth because one is able to think less clearly and is more likely to become victimized and incur greater stresses.

COGNITIVE PROCESSING LIMITS

As consequences begin, many drug experimenters stop use. The literature on "natural recovery" posits that the majority of people who begin to use a range of psychoactive substances cease on their own (Sussman & Ames, 2001). The number and types of consequences that one can incur increase as one grows older (e.g., job and family), and many teen drug misusers will quit use as they reach adulthood because they perceive that they have different priorities or have more to lose. However, cognitive factors also operate to maintain drug use as a lifestyle behavior. One may have structured one's lifestyle schema to acquire and use the drug under numerous life circumstances. To give up drug use may conflict with the thoughts and skills one has nurtured related to primary

daily activities and social networks that are structured around drug use, causing an experiential void. One is an “expert” in communications regarding the drug, and thoughts of pleasurable drug use may continually “pop” to mind (Stacy & Ames, 2001). It may take many annual cycles of a person’s life before one can adjust to not using drugs each day. These annual cycles may be needed to create a new implicit cognitive thought flow that does not evoke thoughts about drug use on certain occasions. For example, an individual may need to go through “February 2nd” three or four times before the person no longer links “February 2nd” as a day on which drugs is used. Thus, merely experiencing life over a long period of time without using drugs would be sufficient to create new memory networks that might be protective against future drug use.

Of course, persons may desire to select more direct methods to change the directions of one’s thinking and behavior. Practice in decision making-related activity appears essential to drug use prevention and cessation programs (e.g., Fiore et al., 2000; Sussman et al., 2004). Steps of decision making, and practice in decision making using hypothetical scenarios, assist in being able to remediate difficulties in sorting out options and planning self-constructive action. For example, one should practice being able to generate multiple solutions, consider the costs and benefits of each solution to self and others, be able to select a maximally beneficial solution, make a commitment to following through with the solution, and be able to re-evaluate multiple solutions contingent on satisfaction with the outcomes of the selected solution. As one continues to utilize steps of decision making, executive processes involved will begin to become more automatic, and solidify in memory.

BELIEF-BEHAVIOR CONGRUENCE

People may engage in self-destructive behaviors, that might even be contrary to their basic beliefs about themselves, because they often do not think about the relations of their beliefs and different behaviors. Belief-behavior discrepancies can be brought to awareness to help persons not engage in self-destructive behavior. For example, there are at least four education-format examples which have attempted to make teens aware of their own discrepancies and be induced to reduce them through potentially healthful action. One application is in the arena of stereotyping. Among teens, ingroup-outgroup stereotyping may exist (Fishkin et al., 1993). The notion here is that ingroup members perceive outgroup mem-

bers as more extreme and homogenous than they actually are. For example, high school and college youth are well-aware that they are perceived as more uniformly extreme/deviant (“wild”) than they actually are by younger peers or older adults. The stereotyping can lead to a self-fulfilling prophecy if people conform to such stereotypes. Alternatively, awareness of the stereotype can lead to counteracting it by taking on prosocial action and informing others of their taking on healthful pursuits.

In summary, the “logic” of stereotyping remediation is as follows. 1. One takes note that others think (older teens) are losers, deviants, stoners (using adjectives list sheet). 2. One appreciates that, being an older teen, one is somewhat deviant but not that bad (using adjectives list sheet). 3. One (an older teen) concludes that he or she should either give in to a self-fulfilling prophecy or rebel against it.

A second example is derived from Attitudinal Perspective Theory (Upshaw & Ostrom, 1984), another notion from social psychology. The theory posits that there are two different aspects of one’s attitudes about behaviors or events. First, one holds a general attitudinal perspective (e.g., as a moderate; most people do tend to perceive themselves as moderate people). Separately, one holds specific attitudes about behaviors or events (e.g., one believes that certain drugs should be legal). It is possible that one’s general attitude about self may appear contradictory with one’s specific attitude. If one is confronted with the discrepancy, one will tend to try to reduce it which, in the present context, could lead to specific anti-drug use statements. The “logic” of attitudinal perspectives remediation is as follows. 1. One recognizes a general self-attitude that one is a moderate type of person. 2. One also recognizes a specific attitude that risky behavior (e.g., regular recreational drug use) is a behavior that older teens view as radical. 3. One (an older teen) concludes: that one should view him or herself as a radical type of person or don’t engage in the specific behavior (abuse drugs).

A third example is derived from a “health as a value” notion (Lau, Hartman, & Ware, 1986; Ritt-Olson et al., 2004; Sussman et al., 1993; Sussman et al., 2004). This notion is that the more a person values health, the more likely the person is to refrain from health compromising behaviors. This construct may moderate the effects of one’s perceived control over health as well as act as a motive for engaging in healthy behavior. For example, if one places importance on good health to better help one achieve life goals, one may be motivated to not abuse drugs. More specifically, one may desire goals (e.g., good grades), know they need good

health to achieve these goals, be educated to recognize that drug use may interfere with goal attainment, and therefore need to change goal attainment or drug use. The "Logic" of instilling health as a value is as follows. 1. One considers what one wants to accomplish in the future. 2. One considers if one's health is important to accomplish these goals. (One is likely to agree.) 3. One considers whether a self-destructive pattern of behavior (e.g., drug abuse) can interfere with one's health. (One is likely to agree.) 4. One concludes that he or she should give up one's goals or don't engage or continue to engage in the self-destructive behavior (e.g., abuse drugs).

A fourth example is evident in motivational interviewing. Motivational interviewing is therapeutic tool to induce change in a brief period of time. Eight strategies are identified to motivate the individual to change behavior (Miller & Rollnick, 1991). These strategies are: giving advice, through which the problem is identified, the need for change is clarified, and specific change is encouraged; removing impediments to change, which are mastered through effective problem solving; providing choices, an important antecedent of voluntary commitment to change; decreasing desirability for continuation of present behavior by making its costs explicit; providing empathy regarding the struggle to change; providing behavioral feedback; clarifying goals, especially confronting the individual with discrepancies between his/her future goals and present behavior (perhaps the most important aspect of motivation-enhanced programming); and finally, in active helping, demonstrating genuine interest in the client's change process.

CONTEXTUAL/SITUATIONAL DISTORTIONS

Mystification may be counteracted by direct confrontation of the mystification process. For example, with cigarette smoking, one may be taught that getting sick at first are bodily warning signals that one is inhaling poisons. The cessation of getting sick is not becoming used to using cigarettes but rather a failing of these signals is the beginning of tolerance. To impart this message among teens, one can have teens read cards to take on roles at different stages of use from trial, experimental, regular, abuse (e.g., see Glynn, Levanthal, & Hirschman, 1985; Sussman, Barovich, et al., 2004).

An example of a means to counteract drug-related experiences discussed by perceived effects theory includes use of humorous cartoons that can be discussed in a group situation (Sussman, Moss, & Craig, 2002). In

one such cartoon, the actor comments on how funny it was when she was arrested, took a drug test, was hand-cuffed and booked, and asked for a retake of the mug shot. The reinterpretation of a very negative social and legal situation is made clear, and a realization of the cognitive misperception is made explicit.

Appeals to personal responsibility and clarification of negative consequences perpetrated are essential to combating neutralization techniques. Use of psychodramas or “talk shows” can assist in accomplishing healthy changes. For example, in a “marijuana panel” talk show in Project Towards No Drug Abuse (Sussman, Craig, & Moss, 2002), various panelists report their experiences. Scripts are provided to all participants in the group. They volunteer to take on various roles, and they can work off the scripts. Participants in this activity either serve as other panelists or as audience members. An ex-marijuana abuser reports that he or she “used to smoke weed everyday. It became a problem.” The abuser says “I felt like I couldn’t make it through the day without at least one joint. I depended on marijuana to make me feel better. All I wanted to do was to be high and not think about anything. I told myself, and everyone else, that I did it because I was stressed. A lot of the jobs are asking for drug tests. I don’t want to miss out on a job that I really want because of using weed. It’s not worth it. Since I quit, I feel better. I have more energy and I’m finally taking care of the things in my life.” In this script, the marijuana abuser mentions that he or she used to blame continual marijuana use on stress, the neutralization technique of denial of responsibility. Then the person makes an appeal to personal responsibility and clarifies personal consequences suffered due to marijuana use. This may reduce tendencies towards use of techniques of neutralization among all participants in this activity.

INTEGRATION AND CONCLUSIONS

A MODEL OF THE SELF-DESTRUCTIVE PROCESS

Information distortions may lead to retention of “facts” that are in fact, not accurate (e.g., marijuana improves one’s driving safety). Limitations in cognitive processing permit solidification of cognitive-information errors. Inaccurate facts may lead to the perception of belief-behavior congruence (e.g., one believes in safe driving-marijuana use can help). Situational distortions may operate to maintain a sense of certainty regarding one’s information-belief-behavioral processing of one’s world (e.g., bad

people prosecute one for using marijuana; one must go around these people to be able to drive more safely). The combination of these factors leads to, and composes, one's "addictive thinking."

Young children who tend to blame others in conflict situations, appear hypersensitive regarding fulfillment of immediate needs (e.g., food and comfort), and who are not grounded in ongoing supportive and educative interactions with significant other adults, are relatively likely to resort to "acting out" as a means to express their dissatisfaction (Kellam et al., 1989; Shedler & Block, 1990). They may tend to perceive that their acting out behavior is appropriate (cognitive-information errors), their executive functions may be tend towards perseveration of ultimately self-defeating behavior, by blaming others they may tend to show belief-behavior congruence, and their alignment with other such youth may indicate creation of a contextual distortion (Matthys & Lochman, 2005).

Young teens, who are curious regarding solutions to their sense of dysregulation and who are approached by other teens that share a similar curiosity, may seek out or yield to offers to try drugs or engage in other risky behaviors (Sussman et al, 1995). Drug prevalence overestimates, difficulties in decision making, alienation beliefs, and identification with other at risk youth are facets of the four types of cognitive misperceptions that operate in young teens (Sussman, Dent, & McCuller, 2000).

As older teens, youth solidify a sense of self and become more resistant to direct influence externally. They also tend to live in contexts of heterosexual crowds, less mutually dependent on peers. Intra-personal motivations become more important (Sussman et al., 2004). Intrapersonal motivations tend to dominate as a precipitant of risky or health behaviors throughout adulthood. Likewise, for emerging adults, fear or lack of hope that one will be able to satisfactorily settle down into adult roles is a driving source of pressure that might lead one to resort to drug use or other self-destructive behavior. In both of these age groups, cognitive-information errors (e.g., false consensus effect, unrealistic optimism), cognitive processing limitations in terms of the tendency to engage in over-learned, albeit self-defeating behavior, belief-behavior congruence maintenance (e.g., perceived effects), and contextual distortions (e.g., hanging out in bars), all help to solidify and maintain drug use behavior.

For older adults, one's purview of life as one in which to achieve a subjective sense of wisdom versus a subjective sense of despair (Erickson, 1968), as shaped by social-environmental experiences such as amount of free time, lack of structure, and number of significant others remaining

in one's social circles, may drive one to resort to constructive or destructive behavior. Here, too, the same four types of cognitive variables may influence drug misuse among the elderly. In each of these developmental periods, one may seek out available resources, take a logical consideration of options, and make decisions that are life-fulfilling to self and others. Alternatively, one may begin or continue to process information in potentially distorted ways.

CONTRACTING THE SELF-DESTRUCTIVE PROCESS: A TAXONOMY

A taxonomy of drug abuse prevention strategies is needed; effective programming may vary by risk; one should detail program strategies as a function of type of programming (e.g., universal, selective, indicated) or other factors (e.g., stage of development, modality of implementation) as a start. Just as with Mendelov's table in chemistry, integrative descriptive work is a reasonable starting point for program-based theoretical development (Sussman & Sussman, 2001). Certainly, across any type of programming, there are some common features that are likely to apply including trust building among facilitator and participants, facts about the health behavior and consequences information, knowledge of high risk situations, general social communication skills or enhancement, decision making, and interactive learning. Also, there appears to be some programming that might be intrinsically universal such as making a public commitment (as opposed to a private commitment) and normative restructuring or prevalence overestimates reduction (in which most of the population demonstrates healthy lifestyles). Targeted programming appears to involve strategies that make use of equivocation, motivate change, instructs cognitive and behavioral coping, including mood management, and provides information on recovering from damage all ready experienced due to not pursuing a health course of behavior (e.g., Sussman & Ames, 2001). Certainly, age-specific counteraction of the four types of cognitive variables presented herein, which likely overlap with type of programming (targeted programs are relatively likely to be applied to older teens and emerging adults), should be considered in such a taxonomy, and could advance prevention/cessation science.

FINAL COMMENTS: A PREVENTION STRATEGY THAT OPERATES ON ALL FOUR COGNITIVE PROCESSES

The four cognitive misperception-related processes discussed were composed into four processes due to their discussion in distinct research

and popular literatures, and potential differences in their operations as a function of stage of drug abuse development. This does not mean that these processes are necessarily different or non-overlapping. For example, cognitive-information errors could be accounted for in part by errors in recall related to one's implicit cognition associational network. Certainly, all of the other three types of cognitive processes are constituents of implicit or explicit cognitive processes, the latter being general categories of cognition. (The interplay of implicit and explicit cognition and processing limits was the emphasis of the implicit-explicit processing discussion here.) One could argue that all cognitive misperceptions are due to cognitive processing limits. Rather than enter into a whole variety of arguments, this presentation serves to begin a taxonomy of cognitive misperception processes that includes information from both applied and basic research. Certainly, much additional work is needed and will provide clarification over time on the input provided in this paper.

Also, a variety of preventive strategies were described. It would be more economical if there was a single type of strategy that might counteract multiple cognitive misperception processes at one time. One potential candidate strategy is conscientiousness. Conscientiousness refers to a propensity to follow socially prescribed norms of behavior (e.g., social responsibility, traditional, or virtue), to be goal-directed (e.g., industriousness), and to delay gratification (e.g., constraint, order, or self-control). In a review of a database of studies resulting from an article search consisting of consciousness-related terms and health-related behavior, Bogg and Roberts (2004) located 194 studies that were quantitatively examined. Conscientiousness-related traits were negatively related to all risky health-related behaviors uncovered (e.g., drug use, unhealthy eating, risky driving, risky sex, violence) and positively related to all beneficial health-related behaviors (e.g., job attainment, exercise, healthy eating). While Bogg and Roberts did not provide an overall theoretical explanation of why these relations should exist, it does appear to be the case that social responsibility beliefs, a desire to contribute to the workforce and to others, and a willingness to sacrifice immediate pleasure, are consistently related to health and healthy behavior. Also, while they took a trait perspective in their discussion of conscientiousness, this construct is central to the recovery movement and many public works strategies (community service; Alcoholics Anonymous, 1976; Swisher & Hu, 1983). There is an old saying in the recovery move-

ment: when the light is green, go, when the light is red---learn. Perhaps, a willingness to be restrained enough to learn the best ways to live out situations is what helps people to be the most healthy. Also, in service to a group one may bypass one's own individual miss-wiring.

REFERENCES

- Agnew, R. & Peters, A.A.R. (1986). *The techniques of neutralization: An analysis of predisposing and situational factors*. *Criminal Justice and Behavior*, 13, 81-97.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L., & Radosevich, M. (1979). *Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory*. *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- Alcoholics Anonymous, third edition. (1976). New York City: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Ames, S.L., Sussman, S. & Dent, C.W. (1999) *Pro-drug use myths and competing constructs in the prediction of substance use among youth at continuation high schools: a one-year prospective study*. *Personality and Individual Differences*, 26, 987-1003.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bogg, T., & Roberts, B.W. (2004). *Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality*. *Psychological Bulletin*, 130, 887-919.
- Bordua, D.J. (1962). *Some comments on theories of group delinquency*. *Sociological Inquiry*, 32, 245-260.
- C., Chuck. (1984). *A new pair of glasses*. Irvine, CA: New-Look Publishing Co.
- Cohen, A.K. 1955. *Delinquent boys: The culture of the gang*. New York: The Free Press.
- Dishion, T.J. (2000). *Cross-setting consistency in early adolescent psychopathology: Deviant friendships and problem sequelae*. *Journal of Personality*, 68, 1109-1126.
- Dishion, T.J., Poulin, F., & Burraston, B. (2001). *Peer group dynamics associated with iatrogenic effects in group interventions with high-risk young adolescents*. In: C.A. Erdley & D.W. Nargle (Eds.), *The role of friendship in psychological adjustment: New directions for child and adolescent development*, no. 91. New York: Jossey-Bass, pps. 79-92.

- Dodder, R.A. & Hughes, S.P. (1993). *Neutralization of drinking behavior*. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 14, 65-79.
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Book Co.
- Epstein, LH (1992). *Role of behavior theory in behavioral medicine*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 493-498.
- Erickson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York, New York: W.W. Norton & Company.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fiori, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, M.D.: U.S. DHHS, PHS.
- Fishkin, S.A., Sussman, S., Stacy, A.W., Dent, C.W., Burton, D., & Flay, B.R. (1993). *Ingroup versus outgroup perceptions of the characteristics of high-risk youth: Negative stereotyping*. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1051-1068.
- Glynn, K., Levanthal, H., & Hirschman, R. (1985). *A cognitive developmental approach to smoking prevention*. In: C.S. Bell & R. Battjes (Eds.) *Prevention Research: Detering Drug Abuse Among Children and Adolescents*. NIDA Research Monograph 63. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Gorski, T.T. (1989). *Passages through recovery*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Granic, I., & Dishion, T.J. (2003). *Deviant talk in adolescent friendships: A step toward measuring a pathogenic attractor process*. *Social Development*, 12, 314-334.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Johnson, V.E. (1980). *I'll quit tomorrow: A practical guide to alcoholism treatment*. San Francisco: Harper & Row.
- Kahane, H. (1990). *Logic and philosophy: A modern introduction*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kahneman, D. (2003). *A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality*. *American Psychologist*, 58, 697-720.
- Kellam, S., Ialongo, N., Brown, H., Laudolff, J., Mirsky, A., Anthony, J., Edelsohn, G., & Dolan, L. (1989). *Attention problems in first grade and shy and aggressive behaviors as antecedents to later heavy or inhibited substance use*. In: L.S. Harris (Ed.) *Problems of Drug Dependence 1989: Proceedings of the 51st Annual Scientific Meeting*. NIDA Research Monograph 95. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

- Lau, R.R., Hartman, K.A., & Ware, J.E. (1986). *Health as a Value: Methodological and theoretical considerations*. *Health Psychology*, 5, 25-43.
- Lennard, H.L., Epstein, L.J., Bernstein, A., & Ransom, D.C. (1971). *Mystification & Drug Misuse*. New York: Jossey-Bass, Inc.
- MacKinnon, D.P., Johnson, C.A., Pentz, M.A., Dwyer, J.H., & Hansen, W.B., Flay, B.R., & Wang, E.Y.I. (1991). *Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the Midwestern Prevention Project*. *Health Psychology*, 10, 164-172.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2005). *Social problem solving in aggressive children*. In M. McMurrin & J. McGuire (Eds.), *Social problem solving and offenders*. Chichester: Wiley.
- McConnell, A.R., Sherman, S.J., & Hamilton, D.L. (1994). *Illusory correlation in the perception of groups: An extension of the distinctiveness-based account*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 414-429.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York, N.Y.: Plenum.
- Miller, W.R., and S. Rollnick (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Poulin, F., Dishion, T.J., & Burraston, B. (2001). *Applied Developmental Science*, 5, 214-224.
- Ritt-Olson, A., Milam, J., Unger, J.B., Trinidad, D., Teran, L., Dent, C.W., & Sussman, S. (2004). *The protective influence of spirituality and health-as-a-value against monthly substance abuse among adolescents varying in risk*. *Journal of Adolescent Health*, 34, 192-199.
- Schutz, A., & Luckmann, T. (1973). *The structure of the life world*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press.
- Shedler J., & Block, J. (1990). *Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry*. *American Psychologist* 45, 612-630.
- Sherman, SJ, Presson, CC, Chassin, L, Corty, E, Olshavsky, R (1983). *The false consensus effect in estimates of smoking prevalence, Underlying mechanisms*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 197-207.
- Shields, I.W., & Whitehall, G.C. (1994). *Neutralization and delinquency among teenagers*. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 223-235.
- Smith, G.M. 1980. Perceived effects of substance use. In: D.J. Lettieri, M. Sayers & H.W. Pearson (Eds.) *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

- Stacy, A.W., & Ames, S.L. (2001). *Implicit Cognition Theory in Drug Use and Driving under the Influence Interventions*. In S. Sussman, *Handbook of Program Development in Health Behavior Research and Practice*. (pp. 107-130). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Sussman, S., & Ames, S.L. (2001). *The Social Psychology of Drug Abuse*. Birmingham, GB: Open University Press.
- Sussman, S., Barovich, M., Hahn, G., Abrams, C., Selski, E., & Craig, S. (2004). *Project TNT- Towards No Tobacco Use Teacher's Guide*. Santa Cruz, CA: ETR Associates, second edition.
- Sussman, S., & Craig, S., & Moss, M.A. (2002). *Project TND-Towards No Drug Abuse-Teacher's Manual*. Los Angeles, CA: University of Southern California.
- Sussman, S., Dent, C.W., & McCuller, W.J. (2000). *Group self-identification as a prospective predictor of drug use and violence in high-risk youth*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 192-196.
- Sussman, S., Dent, C.W., Mestel-Rauch, J.S., Johnson, C.A., Hansen, W.B., & Flay, B.R. (1988). *Adolescent nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: When do overestimates occur and by whom?* *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 537-551.
- Sussman, S., Dent, C.W., Simon, T.S., Stacy, A.W., Burton, D., & Flay, B.R. (1993). *Identification of which high risk youth smoke cigarettes regularly*. *Health Values*, 17, 42-53.
- Sussman, S., Dent, C.W., Simon, T.R., Stacy, A.W., Galaif, E.R., Moss, M.A., Craig, S., & Johnson, C.A. (1995). *Immediate impact of social influence-oriented substance abuse prevention curricula in traditional and continuation high schools*. *Drugs and Society*, 8, 65-81.
- Sussman, S., Dent, C.W., & Stacy, A.W. (1996). *The relations of pro-drug-use myths with self-reported drug use among youth at continuation high schools*. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 2014-2037.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T.A., Cody, C., Biglan, A., Dent, C.W., & Newcomb, M.D. (2004). *What are the implications of a motivation-skills-decision making approach on drug abuse prevention? Is this a transdisciplinary fusion approach?* *Substance Use & Misuse*, 1971-2017.
- Sussman, S., Stacy, A.W., Dent, C.W., Simon, T.R., & Johnson, C.A. (1996). *Marijuana use: Current issues and new research directions*. *Journal of Drug Issues*, 26, 693-726.
- Sussman, S., & Sussman, A.N. (2001). Chapter 4. *Praxis in health behavior program development*. In: *Handbook of program development in health behavior research and practice* (S. Sussman Ed.), Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Sussman, S., & Unger, J.B. (2004). *A "drug abuse" theoretical Integration: A transdisciplinary speculation*. *Substance Use & Misuse*, 39, 2055-2069.
- Swisher, J.D. & Hu, T.W. 1983. *Alternatives to drug abuse: Some are and some are not*. In: T.J. Glynn, C.G. Leukefeld & J.P. Ludford (Eds.) *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. NIDA Research Monograph 47. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Sykes, G., & Matza, D. (1957). *Techniques of neutralization: A theory of delinquency*. *American Sociological Review*, 22, 664-670.
- Tabachnik, N., Crocker, J., & Alloy, L.B. (1983). *Depression, social comparison, and the false consensus effect*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 688-699.
- Twerski, A.J. (1997). *Addictive thinking*. Center City, Minnesota: Hazelden.
- Upshaw, H.S. & Ostrom, T.M. 1984. *Psychological perspective in attitude research*. In: J.R. Eiser (Ed.) *Attitudinal Judgment* (pp. 23-42). New York: Springer-Verlag.
- Weinstein, N.D. (1982). *Unrealistic optimism about susceptibility to health problems*. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- Weinstein, ND (1987). *Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample (1987)*. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- West, S.G., & Wicklund, R.A. (1980). *A primer of social psychological theories*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Wiers, R.W., de Jong, P.J., Havermans, R., & Jelicic, M. (2004). *How to change implicit drug use-related cognitions in prevention: A transdisciplinary integration of findings from experimental psychopathology, social cognition, memory and experimental learning psychology*. *Substance Use & Misuse*, 39, 1625-1684.

ESTILOS EDUCATIVOS Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Fabiola García Campos¹ y M^a Carmen Segura Díez²

¹Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias. Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Alicante.

*²Instituto de Investigación de Drogodependencias.
Universidad Miguel Hernández.*

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo analizar la influencia de variables relacionadas con el estilo educativo de los padres, en el consumo de drogas por parte de los adolescentes que acuden al Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias [SOFAD]. La muestra se compone de 26 jóvenes de ambos sexos, con una media de edad de 16 años (77% hombres y 23% mujeres). Los análisis descriptivos muestran que las familias de estos jóvenes se guían por reglas flexibles cuyo incumplimiento no trae consecuencias, o bien, reglas para las que no existe una definición adecuada y el grado de cumplimiento es bajo. En estas familias predominan los valores relacionados con el éxito social como éxito económico

Correspondencia:

M^a Carmen Segura Díez
Inst. Investigación de Drogodependencias (INID)
Univ. Miguel Hernández. Facultad de Medicina
Carretera de Valencia, s/n
03550 San Joan d'Alacant
Tel.: 965 91 93 19 / 43 Fax: 965 91 95 66
<http://inid.umh.es>

o material y pautas de comunicación caracterizadas por la incertidumbre y la desconfianza. Se discute la relación entre los estilos educativos y el consumo de sustancias, proponiendo estrategias de prevención comunitaria que sensibilicen e incrementen la participación de los padres en los centros educativos y mejoren su implicación en actividades formativas relacionadas con la prevención.

Palabras clave: Adolescentes, drogas, estilo educativo, prevención, familia, reglas, sistema de valores, comunicación.

ABSTRACT

The study main objective is to analyze the influence of variables related to the parents' educative style, in the adolescents' drug consumption who are attended in the "Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias" [SOFAD]. The sample is made up of 26 young people of both sexes, with an average of age of 16 years (77% male and 23% female). The descriptive analyses shows that the young people's families are guided by flexible rules whose breach does not bring consequences, or, rules for which do not exist a suitable definition and the fulfilment degree is low. In these families the values related to the social success predominate as economic or material success and the communication guidelines are characterized by the uncertainty and the distrust. One discusses to the relation between the educative styles and the consumption of substances, proposing strategies of communitarian prevention that sensitize and increase the participation of the parents in the educative centers and improve their implication in formation activities related to the prevention.

Key words: Adolescents, drugs, educative style, prevention, family, rules, system of values, communication.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han sido muchos los trabajos que, tomando el análisis de la familia como elemento central, nos han mostrado el importante papel que juegan las variables familiares en la prevención del consumo de drogas entre los adolescentes. Como señala García-Rodríguez (2000), prevenir carece de sentido sin la participación de la familia.

Algunas de estas líneas de investigación señalan que las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y el consumo familiar, aparecen como pronosticadores significativos del consumo de drogas. También el hecho de que el adolescente busque el apoyo de sus padres a la hora de solucionar problemas personales, manteniendo un buen nivel de comunicación familiar y el que los padres muestren una actitud no permisiva al respecto del consumo de drogas de sus hijos y, además, éstos prevean una reacción negativa de ellos en el caso de que supieran que consumen, parecen señalar una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas tanto legales, como médicas o ilegales (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

Esta necesidad de abordar la prevención de las drogodependencias desde el marco familiar, teniendo en cuenta el modelo de factores de protección/ factores de riesgo, se refleja en la Estrategia Nacional sobre Drogas, elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008, y que apunta hacia intervenciones dirigidas a fomentar las habilidades educativas y de comunicación, incrementar el sentido de competencia de los padres, su potencial para la resolución de problemas y su concienciación como actores clave, en el papel de agentes de salud.

De este modo, se establece que en el año 2008, todos los programas, tanto de prevención escolar como comunitaria, habrán de incorporar intervenciones dirigidas específicamente a la familia.

Como ejemplo, podemos citar el programa para padres y madres *Construyendo Salud. Promoción de Habilidades Parentales*. El programa incide en el trabajo sobre los estilos educativos, la adolescencia, trata de mejorar la comunicación entre padres e hijos, fomentar un grado adecuado de control parental, entrenar en habilidades para superar conflictos, y establecer una posición familiar firme sobre las drogas (Gómez-Fraguela y Villar, 2001).

Otras experiencias en el ámbito de la prevención familiar, son el *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar* de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [FAD] (FAD, 1996), el programa Barbacana (García-Rodríguez y López, 1998, 2001), dirigido a alumnos de enseñanza secundaria, y que cuenta con material de apoyo para los padres, o el programa *Órdaço: El desafío de vivir sin drogas* (EDEX, 1996), este último también dirigido a estudiantes de secundaria, pero que cuenta con un módulo dirigido a padres y madres. Una explicación más detallada de diferentes programas de prevención familiar, que se están llevando a cabo dentro y fuera de nuestro país, puede encontrarse en Espada y Méndez (2003 a).

Este tipo de acciones, tratan de promover en los padres y madres, modelos de comportamiento saludable, la adopción de un estilo comunicativo abierto y sincero, o el establecimiento de un vínculo afectivo con el adolescente, que facilite la provisión de apoyo, tanto instrumental como emocional, así como interacciones padres-hijo que potencien la asunción de responsabilidades, la autoafirmación, la capacidad de resolución de problemas, de hacer frente al estrés, y en definitiva, que hagan más improbable el consumo de drogas entre sus hijos.

La mayoría de los programas de prevención dirigidos a padres tienen entre sus contenidos, abordar la psicología del adolescente, tratar los procesos de comunicación humana, basándose en la evidencia de que un buen clima familiar favorece la comunicación bidireccional entre padres e hijos y que esto actúa como factor de protección frente al abuso de sustancias, ofrecer información específica sobre drogas, capacitar a los padres para reforzar la autoestima y la autonomía de los jóvenes en la toma de decisiones, el entrenamiento en distintas habilidades (sociales, de comunicación o de negociación y resolución de conflictos).

Uno de los puntos que sin duda más preocupa a los padres, y que tiene relación con el estilo educativo familiar, es el establecimiento de límites con sus hijos, hacer respetar las normas de convivencia, conservar un cierto grado de autoridad democrática, y al mismo tiempo mantener un vínculo afectivo cálido y una relación positiva.

El estilo educativo parental se manifiesta a través de las prácticas de socialización y de otros aspectos más sutiles de la interacción (lenguaje corporal, tono de voz, explosiones de genio, etc.) que transmite al niño la actitud emocional de los padres y el formato general en el que se va a producir la interacción paterno-filial (Miranda, 2004).

Esta idea queda ilustrada perfectamente, en palabras de García-Rodríguez (2001):

“Lo que no podemos negar es que como padres actuamos como un espléndido <<espejo>> para cada uno de nuestros hijos. Se produce un acontecimiento de pura imitación de todas nuestras acciones durante un largo periodo de la vida del niño, hasta el punto de que en muchas ocasiones nos sorprendemos de que el parecido sea tan perfecto, llegando a imitar nuestros gestos, expresiones y, por supuesto, nuestro comportamiento social y personal.” (p.56)

Los procesos de socialización familiar que se dan actualmente, son el resultado de transformaciones progresivas de nuestro sistema de valores, normas y creencias. Por otro lado, este proceso socializador no finaliza con

la niñez, sino que se prolonga en la adolescencia, provocando una reformulación, no sólo de las estrategias de socialización, sino también del sistema familiar al completo, para contemplar nuevos referentes como el grupo de iguales, el contexto escolar, los medios de comunicación, etc. De ahí el importante papel que juegan los estilos educativos de los padres, en relación a las consecuencias de una socialización familiar determinada.

Maccoby y Martin, en 1983, realizaron una categorización de los estilos parentales atendiendo a dos dimensiones; responsividad, que hace referencia a la contingencia del refuerzo parental, y exigencia, en relación a la cantidad y el tipo de demandas hechas por los padres. Cuatro fueron los estilos parentales encontrados; autoritativo, autoritario, permisivo y negligente (Véase la Tabla 1). Más recientemente, Javier Elzo en el año 2002, realiza un estudio sobre el análisis de las estructuras familiares españolas, elaborando una tipología de familias que distingue cuatro tipos; familia familista o endogámica, familia conflictiva, familia nominal y familia adaptativa (Tabla 2).

Tabla 1. Estilos Parentales

Maccoby y Martin (1983)

Estilo Permisivo	Estilo Autoritario
<ul style="list-style-type: none"> • Padres razonablemente responsivos. • Evitan regular la conducta de sus hijos. • Pocas reglas. • Pocas demandas de comportamiento maduro. • Padres tolerantes con un rango amplio de conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aserción del poder. • Obediencia a reglas. • Utilización probable del castigo físico. • Los hijos no pueden hacer demandas a los padres.
Estilo Negligente	Estilo Autorizativo
<ul style="list-style-type: none"> • Padres que limitan el tiempo que invierten en las tareas parentales. • Minimizan el tiempo de exposición los inconvenientes que suponen estas tareas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres responden a las demandas de sus hijos (contingencia del refuerzo parental), y esperan a la vez, que sus hijos respondan a sus demandas (existe un cierto nivel de exigencia).

Tabla 2. Tipología de Familias*Javier Elzo (2002)*

Familia Familista, endogámica	Familia Conflictiva
<ul style="list-style-type: none"> • Centrada en sí misma. • Distante de lo que ocurre fuera. • Sus miembros buscan estar juntos el mayor tiempo posible. • Buenas relaciones padres-hijos. • Clima cálido. • Responsabilidades claras. • Se valora la vida moral, ganar dinero y la buena capacitación profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres tienen cierto grado de rigidez. • Se sienten desbordados. • Muchos conflictos padres-hijos. <ul style="list-style-type: none"> - Amistades - Cuestiones de orden sexual - Consumo de drogas • Mala comunicación. • Valores de los padres muy distantes a los de sus hijos.
Familia Nominal	Familia Adaptativa
<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia no participativa padres-hijos. • Padres desimplicados. • No abordan con profundidad lo que requieren los hijos. • Evitan los conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta al exterior pero valora la dimensión familiar. • Se tienen en cuenta las opiniones de los hijos. • Conflictos relacionados con el acomodo y reajuste de los roles. • Buena comunicación. • Capacidad para transmitir opiniones y creencias.

Ríos, Espina y Baratas (1997) señalan como modelos de funcionamiento familiar, a aquellas familias que mantienen unas relaciones armoniosas y gratificantes entre sus miembros y con el exterior y que además, presentan las siguientes características:

- Establecen límites adecuados.
- Tienen normas y pautas de funcionamiento claras.
- Se rigen por valores.

- Participan activamente en las tareas familiares y en actividades sociales.
- Tienen confianza entre sí y en el exterior.
- Se brindan ayuda y apoyo.
- Se aceptan unos a otros.
- Existe acuerdo entre los padres.
- Se quieren.

Sin embargo, en aquellas familias en las que los adolescentes, empiezan a desarrollar los primeros síntomas de consumo de sustancias, y el equilibrio del sistema familiar (frágil en algunos casos) se balancea, incapaz de dar respuesta a las nuevas demandas de la situación, nos encontramos ante un problema, que puede agravarse o no, según los cambios y decisiones que tomen cada uno de los actores implicados. Es en este momento cuando se hacen necesarias acciones enmarcadas en una prevención secundaria, capaz de dar respuesta a través de los diferentes agentes sociales, al inicio en el uso de drogas por parte del joven.

Como señala Fernández (2004), es importante enfatizar el papel de los servicios comunitarios como pieza clave de prevención y detección, impulsando programas de intervención familiar, que permitan trabajar sobre las habilidades parentales de educación de los hijos.

En esta dirección trabaja el Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias (SOFAD), que se enmarca en el Plan Municipal sobre Drogodependencias del Ayuntamiento de Alicante.

Fue creado en 1999, motivado por los nuevos usos y abusos de drogas en la población juvenil, y dirigido a las familias en situaciones conflictivas, tales como la sospecha de consumo y alarma familiar, problemas relacionales y conflicto generacional, uso incipiente de drogas y problemas asociados (bajo rendimiento académico, comportamientos fuera de la norma, violencia...), o abuso de drogas con renuencia (Campos, 2003).

Las funciones que se realizan desde este servicio cubren las necesidades de apoyo, orientación, asesoramiento e intervención terapéutica (informar, diagnosticar, mejorar la competencia familiar en la resolución de conflictos).

De forma más concreta, los aspectos sobre los que se trabaja, son los que aparecen en la Tabla 3 (Campos, 2003).

El presente trabajo parte del Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias, como una reflexión acerca del papel de la familia como agente protector, como un elemento preventivo de conductas de riesgo en los adolescentes, o como principales motivadores del cambio en jóve-

Tabla 3

- Información sobre drogas.
- Diagnóstico.
- Desdramatización. Objetivar el problema.
- Negociación entre generaciones.
- Separación funcional/proceso de independización. Se trabaja el conflicto.
- Generación de pautas familiares flexibles que permitan comunicación y relación entre miembros de la familia
- El objetivo no es sólo la abstinencia.

nes, que ya están inmersos en dinámicas disfuncionales. Se realiza un análisis de las variables que componen los estilos educativos que presentan las familias que acuden al servicio en busca de un apoyo profesional para afrontar su situación actual de conflicto.

MATERIAL Y MÉTODO

SUJETOS

En el presente estudio, participaron 26 adolescentes de ambos sexos, si bien era mayor la proporción de varones (77% hombres y 23% mujeres), con una media de edad de 16 años. Gran parte de ellos eran consumidores habituales de hachís, con una evolución en el consumo de no mucho tiempo (entre 6 meses y 1 año) y que esporádicamente combinan con el consumo de otras drogas recreativas.

Éstos jóvenes presentan asociados una serie de factores de riesgo, como son el absentismo y/o fracaso escolar, comportamientos desadaptativos (conductas violentas y agresivas), búsqueda de sensaciones e inmediatez, inadecuado empleo del tiempo libre (dedicado en exclusiva a la pandilla y al abuso de hachís), relaciones familiares problemáticas o problemas legales derivados del consumo y/o negocio con sustancias ilegales.

Respecto a los criterios de inclusión de la muestra, se estableció como condición, que los casos seleccionados habrían de acudir al menos a 3 sesiones de intervención, de modo que permitiesen realizar un buen diagnóstico del problema. En cuanto a los límites temporales, el intervalo comprende los 3 primeros meses del año 2004.

PROCEDIMIENTO

La recogida de información sobre la influencia de los estilos educativos parentales, en la inmersión en conductas de riesgo para el consumo de drogas, se realizó a través de las 3 primeras sesiones de entrevista en el Servicio de Orientación Familiar de Drogodependencias (SOFAD), siguiendo un formato de respuesta a las cuestiones de historia clínica del problema y a través de la observación directa de las interacciones familiares y las dinámicas que se producían en el transcurso de las mismas.

En cuanto a los análisis estadísticos realizados, y ya que se trata de una primera aproximación al tema, se ha realizado un análisis descriptivo de frecuencias, así como una matriz de correlaciones para analizar la relación de las diferentes variables entre sí, utilizando en este caso, el índice de correlación de Pearson.

VARIABLES

Para responder al objetivo propuesto, se evaluaron las siguientes variables:

1. Variables socio-demográficas.
2. Sustancia de uso-abuso.
 - Hachís.
 - Hachís/Cocaína.
 - Hachís/Drogas de Diseño.
 - Hachís/Cocaína/Drogas de Diseño.
 - Drogas de Diseño.
3. Situación respecto a los estudios.
 - Estudios; Aquellos adolescentes que están escolarizados.
 - Fracaso escolar; Aquellos adolescentes que han dejado de estudiar y, o bien trabajan o por su edad no tienen ocupación.
4. Educación en la responsabilidad.
 - Aprendizaje del compromiso (en referencia tanto a tareas escolares, domésticas etc.).
5. Tipo de reglas que guían el funcionamiento familiar.
 - Rígidas; Son reglas impuestas por los padres no sujetas a negociación.
 - Flexibles; Son reglas con posibilidad de negociación. Estas reglas existen, pero no siempre se cumplen, ya que el incumplimiento no tiene consecuencias.
 - Reglas no definidas; Falta de implicación de los padres en tareas

educativas y socializadoras. Evitan los conflictos y la confrontación. Hay por tanto una ausencia de límites.

6. Tipo de valores.

- Valores; Educación que tiene en cuenta los principios morales, éticos y de capacitación, tanto cultural como profesional.
- Éxito social = Dinero, como valor

7. Tipo de comunicación en la familia.

- Comunicación positiva; Clima de confianza padres-hijos. Capacidad para transmitir opiniones y creencias. Las opiniones de los hijos son tenidas en cuenta. Se consultan las decisiones.
- Comunicación negativa; Hay un clima de incertidumbre y desconfianza padres-hijos, se ha producido un distanciamiento entre ambos. Hay cierto grado de rigidez en la toma de decisiones. Tienen lugar discusiones en relación a las amistades, temas sexuales o consumo de drogas.

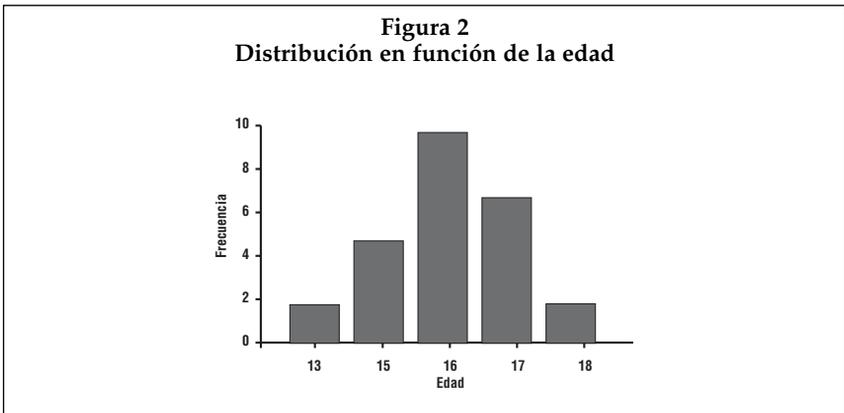
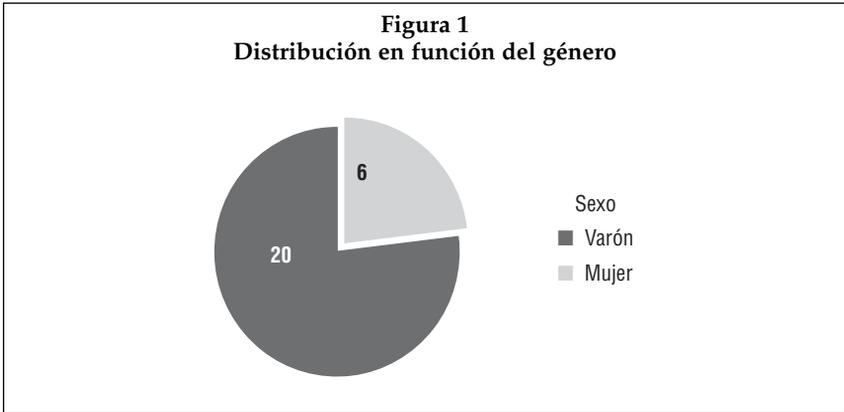
RESULTADOS

Apuntando en la misma dirección que los resultados de la *Encuesta sobre drogas a la población escolar del año 2002* (Plan Nacional sobre Drogas, 2002), a estudiantes de secundaria de 14 a 18 años, hallamos en nuestro estudio que existen diferencias en cuanto al patrón de consumo de las distintas drogas, en función del género. El consumo de sustancias legales, especialmente el tabaco y los tranquilizantes, está más extendido entre las chicas, mientras que todas las drogas ilegales son más consumidas por los chicos. Esto explica como hay un mayor porcentaje de varones entre la población que acude al SOFAD por sospecha de consumo (Ver Figura 1).

El gráfico que hace referencia a la edad de los sujetos (Figura 2), nos muestra que la mayor parte de ellos se agrupa en torno a los 16 años ($M=16$, $DT = 1.23$).

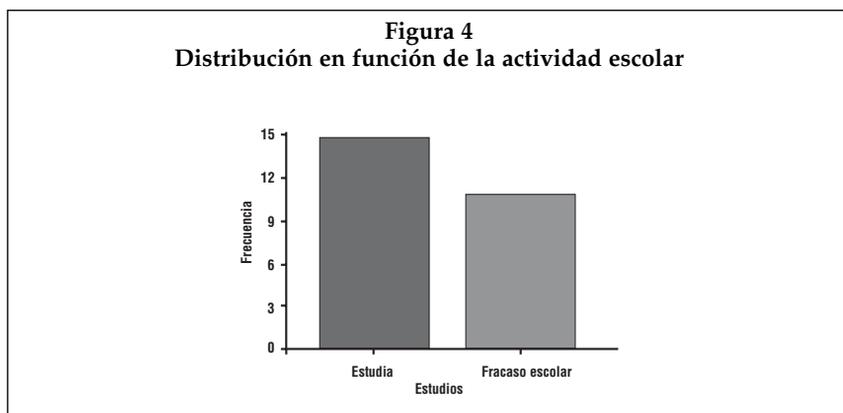
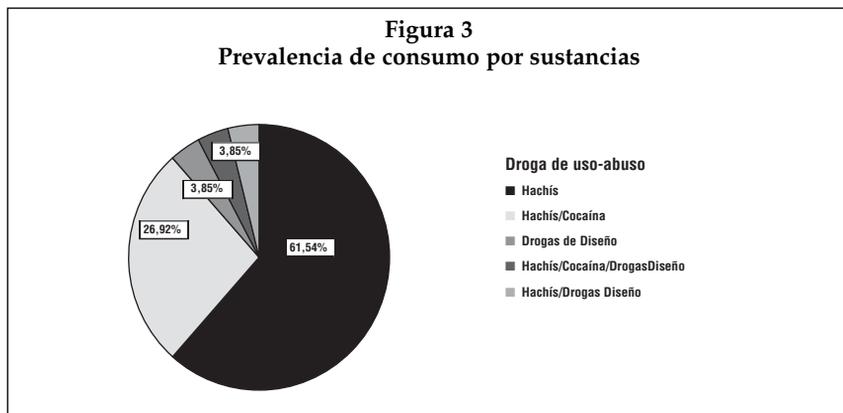
La *Encuesta sobre drogas a la población escolar* antes citada (PND, 2002) sitúa esta edad, como punto en el que se da una expansión en el consumo, produciéndose un aumento de la prevalencia, superior entre los chicos. En el caso de los psicoestimulantes, como el éxtasis y la cocaína, los mayores aumentos en el consumo se producen entre los 16 y los 18 años.

Si en la Encuesta escolar 2002 (PND, 2002), los jóvenes que habían consumido cannabis a los 16 años, en los últimos 12 meses eran un 37.5%, el resumen de la *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secunda-*



rias 2004 (PND, 2004), realizada durante los meses de Mayo y Junio, indica que para el año 2004, los adolescentes que consumieron cannabis en los últimos doce meses fueron un 39.5% a los 16, un 48.4% a los 17 y casi un 52% (51.8%) para la edad de 18 años, confirmando la tendencia en el aumento del consumo de esta sustancia.

El uso habitual del cannabis en jóvenes de 16 y 17 años, les coloca en una situación de riesgo por sobreimplicación con otras drogas y se relaciona con dificultades de rendimiento académico y/o laboral. La figura 3 muestra la prevalencia por consumo de sustancias en la población de estudio.



La reciente *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004* (PND, 2004), muestra una disminución del riesgo percibido ante el consumo de drogas, sobretodo en el caso del cannabis, en el que la proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas, presenta un índice similar al del tabaco (cannabis; 83.7%, tabaco; 80.3%)

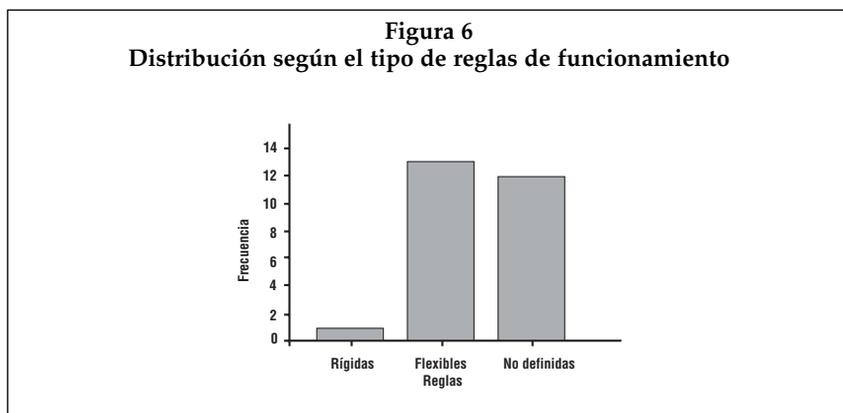
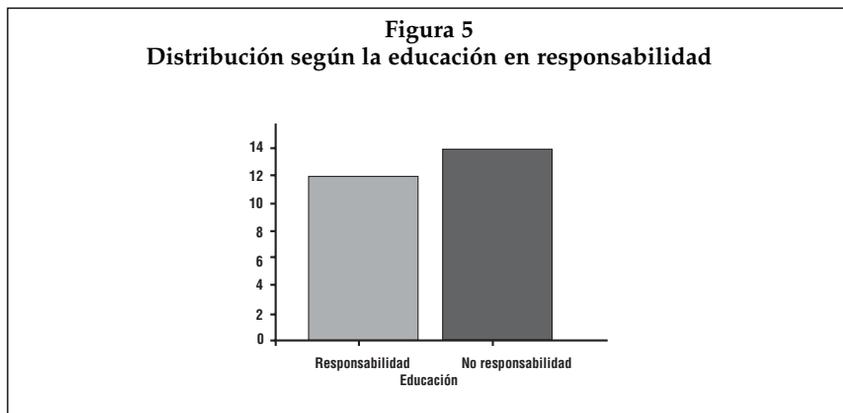
En relación al desempeño actual de estudios (Figura 4), la proporción de jóvenes que están escolarizados es ligeramente superior a la de aquellos que han sufrido un fracaso escolar, pero teniendo en cuenta que la muestra consta de 26 jóvenes, un porcentaje de fracaso escolar del 42.3%

es un dato muy significativo, que habremos de relacionar con los problemas derivados del consumo de sustancias, como los que se han señalado con anterioridad. Tradicionalmente, se ha considerado el hecho de cursar estudios como un importante factor de protección frente al consumo de drogas. *La Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002* (PND, 2002), muestra que un 67.6% de los estudiantes declara haber recibido información sobre drogas en clase, valorando este aspecto de forma positiva.

Respecto a la educación en la responsabilidad y cómo ésta se adquiere y se distribuye, constituyendo un pilar básico en la adquisición de modelos de comportamiento en la familia, las diferencias en la muestra se desvían levemente hacia un modelo de educación familiar, en el que no se realiza un aprendizaje del compromiso, de la actuación responsable, como se observa en la figura 5. Si bien las diferencias no son significativas, ya que el porcentaje de educación en la no responsabilidad es de un 54% frente a un 46% de familias que si forman a sus hijos en el comportamiento responsable.

Uno de los factores que señala la *Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002* (PND, 2002), a la que hemos hecho referencia, es la permisividad de los padres como factor asociado al consumo de drogas. El establecimiento de normas en la familia adquiere una gran importancia para la prevención del consumo de drogas, ya que mediante el cumplimiento de las normas dentro de casa, se favorecen comportamientos en los hijos de asunción de lo establecido, de responsabilidad ante los compromisos adquiridos, de forma individual y colectiva, y la generalización de este modo de actuar, fuera del ámbito familiar (García-Rodríguez, 2003). En la muestra objeto de estudio, observamos una prevalencia de reglas flexibles, sujetas a incumplimiento por la falta de consecuencias ante su infracción, y reglas no definidas, indicativas de una ausencia total de límites (Figura 6).

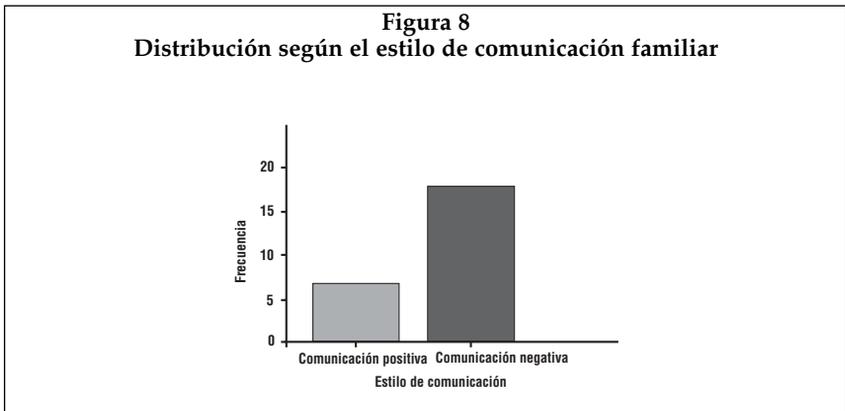
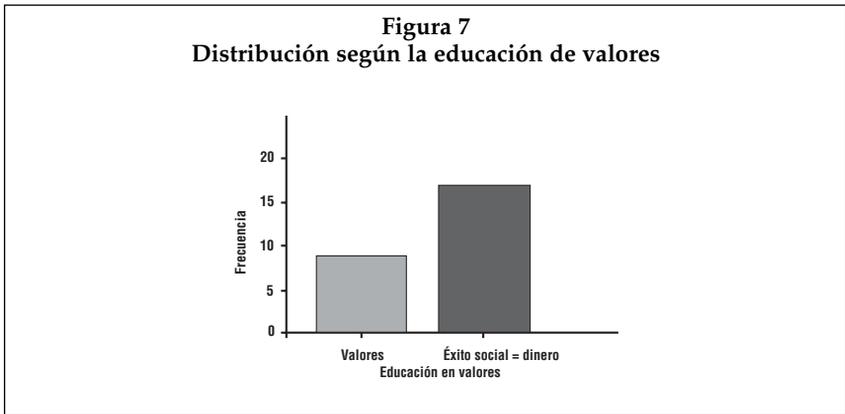
Un estudio dirigido por Comas (2002), que trata de reflejar la relación entre los valores de los jóvenes y sus estilos de vida, a través de los siguientes campos; familia, trabajo, dinero, educación, religión, política, altruismo, sociabilidad, vida libre, autoridad, sexo y moral, muestra que el actual sistema de valores se compone de dimensiones predominantemente materiales. Se concede una importancia superlativa a “ganar dinero”, y el tener una “vida sexual satisfactoria”, junto al “éxito en el trabajo”, se sitúan en las posiciones de cabeza, por delante de la “capacitación cultural y profesional”. Sin embargo, el área de mayor valor es la familia, el “tener buenas relaciones familiares”.



Por otro lado, el estudio realizado por Andrés Canteras (2003), “Sentido, valores y creencias en los jóvenes”, indica que 7 de cada 10 jóvenes, consideran de alto interés el recibir una educación en valores.

En nuestra muestra, aparecen claras diferencias a favor de una educación basada en valores de carácter más material, en lugar de la promoción de valores más relacionados con llevar una vida moral digna, la tolerancia, el altruismo etc, como vemos en la figura 7.

La variable comunicación padres-hijos, es quizás una de las más representativas en cuanto al binomio familia versus prevención (García-Rodríguez, 2003). Una comunicación eficaz, que permita un clima que fa-



vorezca la expresión de sentimientos y deseos, el respeto a los límites, la negociación de las normas de convivencia, la decisión razonada en respuesta a los problemas cotidianos, como pueda ser una posible oferta de drogas, son actitudes y comportamientos que los jóvenes aprenden y experimentan en su entorno cercano, y por excelencia en la familia, que adquiere un papel principal en el cuidado de la salud y la prevención de las drogodependencias. Sin embargo, los jóvenes que componen la muestra, presentan en sus familias estilos de comunicación negativos (Figura 8).

Si observamos la matriz de correlaciones (Tabla 3), podremos constatar relaciones significativas, con un coeficiente de correlación de Pearson de

Tabla 4

	Sexo	Edad	Droga de Uso-Abuso	Estudios	Educación	Reglas	Educación en Valores	Estilo de comunicación
Sexo	-	0.227	0.392*	-0.099	-0.042	-0.087	-0.177	0.127
Edad	0.227	-	0.190	0.129	-0.064	0.056	-0.267	-0.215
Droga de Uso-Abuso	0.392*	0.190	-	0.328	0.491*	0.422*	0.285	0.372
Estudios	-0.099	0.129	0.328	-	0.324	0.185	0.296	-0.007
Educación	-0.042	-0.064	0.491*	0.324	-	0.691**	0.624**	0.482*
Reglas	-0.087	0.056	0.422*	0.185	0.691**	-	0.401*	0.300
Educación en Valores	-0.177	-0.267	0.285	0.296	0.624**	0.401*	-	0.470*
Estilo de Comunicación	0.127	-0.215	0.372	-0.007	0.482*	0.300	0.470*	-

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)
 ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

0.691, entre la variable “Reglas” (tipo de reglas; rígidas, flexibles y no definidas), y “Educación”, (que hace referencia a la educación en la responsabilidad o en la no responsabilidad). Encontramos también relaciones significativas al nivel 0.624, entre la variable “Educación en Valores” y la variable “Educación”.

Estas relaciones nos dicen, que el hecho de que el tipo de reglas que dirigen el funcionamiento de las familias, que se encuentran actualmente inmersas en una dinámica de conflicto, sean flexibles o no definidas, tiene que ver con el que no se de una educación en la responsabilidad y el aprendizaje del compromiso, y a su vez este planteamiento, puede derivar en el establecimiento de un sistema de valores en la familia, de

carácter material, basado en la importancia del dinero, y en la consideración de éste como único factor posible de éxito social, por encima de valores morales y éticos.

DISCUSIÓN

Los resultados presentados corresponden a población clínica, pero cuando nos preguntamos qué está ocurriendo en población general, las diferencias que estableceríamos a priori por ejemplo, en relación a las prevalencias de consumo de drogas o respecto a cuestiones relacionadas con el estilo educativo de las familias, no son tantas después de acudir a los estudios que se han realizado recientemente sobre el tema.

Así en el *Estudio sobre Tabaco, Alcohol y Otras Drogas en el Campello* (García Rodríguez, López, Fernández, y Santos, 2001), realizado a estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria [ESO], refleja que en su opinión las drogas legales más fáciles de conseguir serían el tabaco y el alcohol (87.9% y 79.5% respectivamente), seguidas por los medicamentos, y en cuanto a las drogas ilegales, la más fácil de conseguir sería la marihuana (38.8%), seguida de la cocaína (28.4%). Si comparamos estos resultados, con los del presente estudio, los adolescentes que acuden al SOFAD, lo hacen principalmente porque son consumidores de hachís/marihuana, o bien combinan el consumo de esta sustancia, con el uso de cocaína.

Siguiendo con los resultados del estudio de García-Rodríguez y cols. (2001), la proporción de jóvenes que consumía analgésicos "a veces" en el año 2001, era de un 24.5%, el consumo de hachís/marihuana estaba en torno al 15% y el de estimulantes se situaba en un 9.4%. Con un 6.7%, estarían, tanto el consumo de cocaína como el de tranquilizantes. Llama la atención el dato de que un 16.6% de estos jóvenes tomaron alcohol por primera vez con familiares y un 15.3% de ellos, se sintieron satisfechos al hacerlo. Respecto al primer consumo de drogas, un 7.9% de los jóvenes, también se sintió "satisfecho" y un 6.5% sintió "placer" al hacerlo, frente a un 2.8% que se sintió "culpable", un 2.5% que se sintió "decepcionado/decepcionada" o un 6% que no sintieron "nada" (García-Rodríguez et al., 2001)

Los resultados expuestos siguen la tendencia de los datos obtenidos en este trabajo. Los jóvenes que acuden al SOFAD presentan carencias en el aprendizaje de valores relacionados con la responsabilidad, en este caso, en la falta de actuaciones responsables frente al consumo de drogas, para

la protección de su salud y la evitación de conductas de riesgo. Estas familias, mantienen una posición permisiva respecto al consumo de drogas, lo que facilita que las primeras tomas de contacto con las sustancias, actúen a modo de refuerzo para que se consolide un consumo habitual.

El trabajo de García-Rodríguez y cols. (2001), también analizó factores relacionados con los padres de los jóvenes que cursaban ESO, tomando en consideración variables relacionadas con la comunicación padres-hijos. En este caso, los resultados mostraban porcentajes superiores al 32% en cuanto a los padres que aseguraban que en casa, se trataba el tema de las drogas “muy a menudo” o “a menudo”.

Se trata de un dato esperanzador, pero está lejos de lo esperado para un nivel óptimo de comunicación padres-hijos.

Los problemas de comunicación también son una constante entre la población de estudio en el Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias. Los datos obtenidos informan de un bloqueo de la comunicación entre los miembros de la familia, que impide o dificulta la resolución de los problemas asociados al consumo de sustancias y frena el diálogo para la búsqueda de soluciones consensuadas.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, parece necesario impulsar una cultura de prevención comunitaria que nos permita manejar de forma adecuada el inicio en el consumo de drogas de los jóvenes, antes de que éste se convierta en un problema. Algunas líneas de actuación al respecto podrían ser la puesta en marcha de campañas de sensibilización que expongan a los padres la necesidad de participar en programas de prevención, aumentar su participación en los centros educativos, e implicarles en actividades de formación en prevención, escuelas de padres, etc.

Las guías de padres se convierten también en un recurso más de ayuda, y ofrecen información básica sobre las distintas sustancias, recomendaciones en cuanto a pautas de comunicación y comportamiento en la familia y sobre todo, recogen información sobre los posibles factores de riesgo y protección. En algunos casos, estas guías también ofrecen información sobre servicios especializados de atención y asesoramiento a las familias. Algunas de estas publicaciones son; *Drogas: Guía para padres y madres* (Fundación Vivir sin Drogas, 1999), *Mi hijo, las drogas y yo* (García-Rodríguez, 2000), *Drogas ¿por qué? Educar y Prevenir*

(Macià, 2003) o 10 Pasos para ayudar a sus hijos/as a afrontar el desafío del alcohol y las demás drogas (Edex, 2003).

También es importante que los padres conozcan los servicios que la comunidad pone a su disposición y puedan recibir el apoyo profesional que precisen, a través de intervenciones familiares breves, grupos de padres, servicios de gestión de casos, o terapia de conducta orientada a las familias.

En esta línea trabaja el Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias, como servicio de asistencia que realiza labores de prevención y acompañamiento a los jóvenes y sus familias, que se encuentran en situaciones de conflicto, proporcionando un apoyo profesional en un campo carente de este tipo de ayudas, y una respuesta no restringida a problemas de consumo de drogas, sino también a problemas de conducta en general, problemas en la comunicación familiar etc.

No se trata de adolescentes con un largo historial de consumo, a los que podamos etiquetar como “dependientes de una sustancia”, se trata de jóvenes, que en un determinado periodo de su vida se encuentran con una serie de situaciones nuevas y de problemas a los que hacer frente, el de las drogas entre ellos, en los que una intervención adecuada, puede contribuir a hacer de estos problemas, una parada puntual en su curso vital, un periodo de reflexión y aprendizaje que les mueva al cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Campos, G. (2003). Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos. *Congreso Jornadas sobre el papel de la familia en la prevención de las drogodependencias*. Logroño: FEMP y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Canteras, A. (2003). *Sentido, Valores y Creencias en los jóvenes*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Charles, H. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Comas, D. (2002). *Jóvenes y Estilos de Vida; Valores y Riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: Injuve y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002*.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004*.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*.
- EDEX (1996). *¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas*. Bilbao: EDEX – Gobierno Vasco.
- EDEX (2003). *10 Pasos para ayudar a sus hijos/as a afrontar el desafío del alcohol y las demás drogas*. Bilbao: EDEX.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003 a). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 201-227). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003 b). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 25-50). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández, J. (2004). Intervención con menores en riesgo desde los Servicios Sociales. En A. González, J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo* (pp. 149-177). Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: FAD.
- Fundación Vivir sin Drogas (1999). *Drogas: Guía para padres y madres*. Bilbao: Fundación Vivir sin Drogas, FAD y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: Editorial EDAF.
- García-Rodríguez, J. A. (2003). Prevención y familia. En E. García Usieto; S. Mendieta Caviedes; G. Cervera y J. R. Fernández Hermida (coords.)(2003). *Manual SET de alcoholismo*. (pp. 573-572). Madrid: Médica Panamericana.
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (1998). *Barbacana 1: Guía Técnica*. Alicante: INID.
- García Rodríguez, J. A. y López, C. (2001). *Barbacana 2: Guía Técnica*. Alicante: INID.
- García Rodríguez, J. A., López, C., Fernández, S. y Santos, C. (2001). *Estudio sobre tabaco, alcohol y otras drogas en El Campello*. Alicante: INID.

- Gómez-Fraguela, J. A. y Villar, P. (2001). *Los padres y madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia. La aplicación del programa Construyendo salud: Promoción de habilidades parentales*. Madrid: CEAPA.
- MacCoby, E.E. y Martín, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-Child interaction. En E. M. Hetherington (ed.), P.H. Mussen (Series Ed.). *Handbook of child psychology*, (4ª ed., vol.4, pp.1-102). Nueva York: Wiley.
- Macià, D. (2003). *Drogas ¿por qué? Educar y Prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Megías, E., Elzo, J., Megías, I., Méndez, S., Navarro, F.J. y Rodríguez, E. (2002). *Hijos y Padres: Comunicación y Conflictos*. Madrid: FAD.
- Megías, E., Elzo, I., Rodríguez, E., Navarro, J., Megías, I. y Méndez, S. (2003). *Comunicación y Conflictos entre hijos y padres*. Madrid: FAD.
- Miranda, A. (2004). Estilos educativos en la familia: su influencia en el desarrollo sociopersonal. *II Congreso La familia en la sociedad del siglo XXI* (pp. 369-379). Madrid: FAD.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 1, 87-94.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y Adolescencia. Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G. (2004). Estilos de socialización y transmisión de valores en los adolescentes. *II Congreso La familia en la sociedad del siglo XXI* (pp. 353-368). Madrid: FAD.
- Ríos, J. A., Espina, A. y Baratas, M. D. (1997). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ruano, R. y Serra, E. (2001). *La familia con hijos adolescentes. Sucesos Vitales y Estrategias de Afrontamiento*. Barcelona: Octaedro.

ABORDAJE TEÓRICO/PRÁCTICO DE LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL EN ADICCIONES

DE LAS ACCIONES FORMATIVAS EXPERIMENTALES A LA CONSOLIDACIÓN
DEL SERVICIO DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL

José Francisco López y Segarra
Sociólogo y criminólogo
Presidente Director técnico de PATIM (Castellón)
Profesor Universitat Jaume I

RESUMEN

En la integración sociolaboral se han iniciado importantes y novedosos marcos de actuación, haciendo frente no sólo al desempleo sino al mantenimiento del puesto de trabajo.

La respuesta a las adicciones se tiene que traducir en la creación de servicios que den soluciones, y con la experiencia, hemos concluido que en cuestión de integración, tenemos que afrontar diferentes facetas. Esto nos ha llevado a desarrollar determinados proyectos, partiendo del AFE (Acciones Formativas Experimentales) y llegando a consolidar el SIL (Servicio de Integración Sociolaboral), para llevar a cabo las acciones establecidas de información, orientación, formación, mediación e incorporación. Todo ello para lograr unos objetivos que hemos definido par-

Correspondencia:

José Francisco López y Segarra
Plaza Tetuán, 9 - 3^a
12001 Castellón
Tel.: 964 214 593
e-mail: patim@drogas.infomail.es

tiendo de la base que lo principal es desarrollar un tratamiento específico que se adecue a las necesidades de cada paciente.

Todos estos servicios asistenciales con funcionamiento independiente y autónomo, como itinerarios micromodulares, constituyen un “marco de actuación integral en el tratamiento de adicciones”.

Palabras clave: Adicción, Exclusión social, Colectivo desfavorecido, Integración sociolaboral, Taller de empleo, Certificación de Calidad, Intermediación laboral.

ABSTRACT

In socio-labour integration, new and important action frames have been developed, facing not only unemployment but also the keeping of the job.

The answer to addictions must be translated into the creation of services which give solutions, and with experience, we have concluded that in matter of integration, we have to face different aspects. This leads us to develop certain projects, from AFE (Experimental Formative Actions) on, and going so far as consolidating the SIL (Socio-labour Integration Service), to carry out the actions of information, orientation, formation, mediation and incorporation. Everything in order to achieve the goals that we have defined from the idea that the most important thing is to develop a specific treatment which adapts to the needs of each patient.

All theses assistance services, independent and autonomous, as the micro-modular itineraries, constitute an “integral action frame in addictions treatment”.

Key words: Addiction, Social exclusion, Disadvantaged collective, Sociolabour integration, Employment workshop, Quality certification, Labour intermediation.

1. INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros aspectos de las adicciones, en la integración sociolaboral se han iniciado importantes y novedosos marcos de actuación, haciendo frente no sólo al desempleo sino al mantenimiento del puesto de trabajo. El objetivo radicará en un enfoque del tratamiento más globalizador e intermultiprofesional. Quizás más allá de la intervención sanitaria o terapéutica encontramos el lugar de la integración sociolaboral. Obviamente, puede integrarse socialmente tras superar la adicción, o al menos, abandonar el consumo de alguna de las drogas, aunque la negación de la problemática y las distintas tipologías de adicción, nos dificultarán esta tarea y nos harán entender lo que produce tal opacidad.

La adicción puede, en cualquier momento, producir una modificación en el comportamiento del sujeto, no ecuánime con su trabajo. Por lo tanto, la integración en el plano más general, en las adicciones tendrá esa dificultad. Necesitará de metodologías específicas diseñadas desde el comienzo del tratamiento. La adicción es vivida, comprendida y admitida por el grupo de profesionales, enfermos y familiares. Para los demás ciudadanos aún hoy es difícil entender esa entramada complejidad de perversión, intolerancia y frustración que puede producir la adicción. Un simple enfoque psicosanitario o judicial demuestra cierta pobreza a la hora de comprender las adicciones en su totalidad.

La exclusión social es una nueva realidad transversal en el propio sistema de clase, o de estatus, que la sociedad ha permitido. Bien es cierto que los excluidos representan un pequeño grupo donde se confunden simbólicamente mediante la venta de imágenes sociales y mediáticas, donde una entre las causas de la emergencia de estos colectivos es la adicción, preferentemente a sustancias tóxicas. Ante este nuevo enfoque de la sociedad, de las nuevas tecnologías, de la imagen que nos venden de las adicciones, la integración social del adicto debe acoplarse a estas situaciones. Al igual que el tratamiento ha evolucionado, y del mismo modo que la abstinencia ha sido considerada un fin y hoy uno de los medios, la integración ya no es la última etapa en el tratamiento, sino un estadio que debe de ser trabajado desde el momento en que la persona libre de drogas o en mantenimiento con otras sustancias desea cambiar su comportamiento, y su objetivo será la integración, no sólo laboral sino también en los ámbitos del ocio, cultura, etc.

Las reflexiones que pretendemos presentar parten de la experiencia de un Centro de Día dependiente de PATIM (asociación de utilidad pública

y que constituye la Fundación PATIM de la Comunidad Valenciana en 2001 y crea EISPATIM en 2004), fundada en 1985, la cual ha tenido una considerable evolución en sus planteamientos, filosofía y en el hecho de adecuar cada uno de los programas a las respuestas que demanda esta parte de la sociedad: los adictos. En esta línea se ha obtenido el certificado de calidad "Qualicert" del 2005.

Este servicio de día mantiene las intervenciones terapéuticas en adicciones tóxicas y no tóxicas individuales, grupales, familiares e incluso ocupacionales para un sesgo de esa población histórica deteriorada, y ha ampliado el Área de Integración con acciones de orientación, formación, incorporación, intermediación y seguimiento formando parte del nuevo Servicio de Integración Sociolaboral.

La boyante y fácil situación laboral en algunas de nuestras comunidades autónomas está tocando techo por el propio mercado de trabajo y la inmigración, que ha desdibujado la demografía y muchas teorías de mercado laboral que teníamos previstas, junto con el auge de las nuevas tecnologías.

2. MÉTODO

ABORDAJE TEÓRICO

El adicto necesita, hoy más que nunca, de una formación adecuada y de un itinerario que produzca una plena integración en el plano laboral, económico, emocional y en las relaciones humanas. Es de suponer que, debido a largos períodos de adicción, los sujetos que acceden a estos servicios vienen marcados por la etiqueta de excluidos y también por una marginalidad psíquica, física y social, fruto hoy en día, no sólo de la sustancia, el medio o el individuo, sino del propio proceso tecnológico que produce con mayor rapidez una selección y segregación en estos sujetos con menos posibilidades de integración y participación social.

Después de estas reflexiones iniciales empezamos a ver con claridad que la formación, la propia generación del conocimiento, el proceso de comunicación y la manera en que ésta se lleve a cabo son importantes en la integración social del adicto. No hemos de olvidar lo que hasta ahora se ha aceptado científicamente: no hay adictos iguales.

LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL

Apostamos por entenderla como una variable dentro del proceso terapéutico que tiene, y puede tener, un número ilimitado de valores que

incluso aquellos que nos denominamos *normales*, muchas veces no alcanzamos. Al hablar de integración del adicto no les vamos a exigir lo que a lo mejor no hemos alcanzado nosotros. Cuando hablemos de integración social hablaremos de las cuatro facetas que queremos alcanzar: la laboral, la económica, la emocional y la relacional.

Respecto a la *laboral*, sabemos que es necesaria una incorporación al mercado de trabajo, bien de una forma progresiva (prácticas, trabajo tutelado, becas, etc.) o directa (por cuenta propia o ajena). También es importante que se mantenga en el trabajo. Según la *económica*, aquellos casos que con el objeto de la integración no contemplen la posibilidad de enfrentarse a un mundo global y convivir con una sociedad pura de consumo, tenderán al más absoluto fracaso. Para el ocio se necesita dinero, para ir a trabajar también. La incorporación en el plano económico irá unida al aprendizaje del gasto y a establecer prioridades en el consumo. En el aspecto *emocional*, se ha de ser consciente que la dificultad no es estar sólo sino saber estar a solas, además de entablar relaciones emocionales. La última sería la *relacional*, distinta a la emocional, puesto que existe una mayor manifestación de vacío y soledad.

Todas estas facetas pueden resumirse en tres requisitos para evaluar si se ha llegado a una integración sociolaboral. En primer lugar, tener experiencias satisfactorias; en segundo lugar, tener un mínimo de relaciones sociales; y en tercer lugar, asumir conocimientos (de sustancias), normas y culturas. Estos ítems que miden la integración en las cuatro facetas anteriores, deben de traducirse en:

- Tener condiciones mínimas de vida: ropa, vivienda, etc.
- Obtener, prioritariamente a través del trabajo, recursos económicos para adentrarse en la sociedad de consumo.
- Realizar algún tipo de actividad con cierto reconocimiento. Por ejemplo, no consumir drogas, ser diferente a su antiguo grupo de referencia, acercarse a otros estándares...
- Participar y saber qué lugar se ocupa en cada momento de las relaciones que se formalicen.

En primer término, tenemos que evitar cualquier elemento disgregador en el proceso de integración sociolaboral. Tampoco hay que olvidar que se necesita, además de la voluntad y de la propia decisión del adicto, una predisposición política y social que favorezca el cambio.

La integración sociolaboral supone una interacción entre tres actores, o más bien agentes, los sociales, los económicos y los políticos. Además, es necesario que estos agentes cuenten con estructuras que posibiliten la

integración global de la población adicta. Este punto de vista, que hasta hace poco se denominaba “de interacción” y que ahora, por la moda, se define como “globalización” constituye la clave de una integración social. Los cinco estadios que consideramos hay que conseguir, son:

- Paliación del daño. Oferta de alternativas y de recursos. Intervenciones paliativas inmediatas.
- Toma de conciencia. Acercamiento a recursos específicos.
- Intervención ante los efectos negativos tanto físicos, como psíquicos y sociales.
- Integración del usuario en el entramado social normalizado.
- Mantenimiento del usuario dentro de este entramado social, considerando que en ocasiones puede retroceder y es necesario intervenir.

En los Centros de Día, de los que podemos hablar en los dos últimos estadios, al poseer planes individualizados, no sólo se adecuará la formación circular, también diseñaremos itinerarios de empleo con criterios de flexibilidad. Éstos facilitarán que se compagine el proceso formativo con el proceso de búsqueda activa de empleo y mantenimiento del puesto de trabajo.

Todas estas alternativas, fases, estadios, necesitan como hemos dicho con anterioridad, de tres actores (los agentes sociales, económicos y políticos) pero sería necesario aclarar qué es preciso reivindicar y conseguir. Pensar en rentas mínimas de subsistencia, en residencias o pisos pequeños o económicos, la necesidad de potenciar medidas especiales de empleo, de ayudas a la contratación, fomentar prácticas laborales, la apertura de mercados tutelados, la necesidad de regular y con posterioridad potenciar las empresas de integración, las bajas laborales y el despido, el considerar en toda su plenitud que la adicción es una enfermedad crónica y recurrente, con secuelas físicas y psíquicas en muchos casos irreversibles o limitadoras de una capacidad normal. También se necesita un apoyo solidario a la integración con una reflexión ética, y en muchos casos con una redefinición de “solidaridad”. Es necesario que en esta redefinición de solidaridad entre, participe y se le demuestre al sector lucrativo que puede adquirir no sólo un beneficio por medio de sus fundaciones, sino que puede abrirse y firmar un compromiso de integración y de futuro. La integración sociolaboral no sólo es una tarea de la administración pública, sino también de la empresa privada en cuanto a responsabilidad social corporativa. En este sentido, nuestra entidad ha creado puestos de trabajo ampliando su plantilla de profesionales al tiempo que nos planteamos la necesidad de seguir generando puestos de

trabajo para nuestros usuarios a través de la creación de empresas de integración.

ABORDAJE PRÁCTICO

Una vez hemos realizado un acercamiento a la realidad social de los adictos y para no caer en continuas repeticiones, hemos visto más adecuado continuar desde un abordaje práctico, que tiene su referente en una experiencia del Centro de Día que dirigimos. Sin olvidarnos de la parte terapéutica de autoayuda y asistencial, vamos a reflejar sólo lo relativo a integración sociolaboral.

EL CENTRO DE DÍA. UN MARCO PARA IMPLANTAR ACCIONES DE INTEGRACIÓN

La respuesta estructural al uso y abuso de las distintas drogas inevitablemente se tiene que traducir en el nacimiento, creación y reconocimiento de determinados servicios que acojan y den soluciones a las distintas adicciones que éstas producen.

Las diferencias entre los individuos, las sustancias y el medio hacen de las adicciones un fenómeno sociocultural distinto, que nos hace ajustar nuestros servicios a la realidad actual. Tras la aparición de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, contemplamos un cambio cuantitativo y cualitativo en la atención a los que tienen algún tipo de adicción y a su entorno familiar.

Una vez garantizada la asistencia sanitaria, había que organizar, estructurar o acreditar recursos que hasta la fecha estaban dando una respuesta a las adicciones. Así, el 15 de abril de 1998, por Decreto 47.1998 del Gobierno Valenciano se acreditan los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias en nuestra comunidad.

Los Centros de Día se acogen de inmediato al Decreto de acreditaciones en su Art. 3-3 que dice: "Los Centros de Día son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamiento de deshabitación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social".

Tras las necesidades observadas durante estos años, se planifica y se pone en funcionamiento como complemento a los programas de tratamiento, un programa de incorporación que da cobertura a las carencias de integración sociolaboral que presentan los adictos, con Acciones Formativas Experimentales (AFE), formación teórico-práctica circular por

micromódulos y habilidades de forma transversal. En la actualidad, la integración no es considerada como la última fase sino como una metodología de tratamiento en la propia intervención terapéutica. Al mismo tiempo se estructuraba un aula de búsqueda de empleo, de tiempo libre y hábitat con características acordes a la realidad de los adictos de aquel momento. La realidad de una sociedad cambiante nos lleva a dar un paso más e implementar el Servicio de Integración Sociolaboral con la finalidad de dar respuesta a estos cambios del mercado laboral y de las adicciones.

Todos estos servicios asistenciales, complementarios pero con funcionamiento independiente y autónomo, constituyen un “marco de actuación integral en el tratamiento de las adicciones”, que intentan cubrir, como principal objetivo, las carencias bio-psico-socio-jurídicas que presentan los usuarios. Para ello, el tratamiento se individualiza y adapta a la situación particular de cada uno de ellos.

El objetivo de las áreas de deshabituación, tratamiento e integración, es retener a los usuarios para poder mejorar su estado de salud, prevenir otras patologías e intentar motivar para una intervención grupal, individual y formativa. Tras este tipo de intervenciones, se lleva a cabo una intervención terapéutica adecuada que intente llegar, cuando sea posible, a la abstinencia, no siendo esta su único objetivo. La integración sociolaboral del adicto comienza así desde el primer momento de su tratamiento en el Centro de Día.

Los factores psicológico y patológico será preciso abordarlos desde una óptica multidisciplinar y especialmente desde lo psicoterapéutico y lo educativo, con el objeto de atenuar o modificar las actitudes y los comportamientos.

De este modo, en diciembre de 2004, se obtiene la certificación de los servicios del Centro de Día con la confección del Referencial de calidad expedido por ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día), el cual garantiza la calidad de nuestros servicios.

ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL. FORMACIÓN OCUPACIONAL CIRCULAR

El Centro de Día desarrolla un área de Integración Sociolaboral con el fin de ayudar a la normalización laboral del usuario/paciente. Este servicio, además, estará disponible para la población en general, especialmente para los colectivos desfavorecidos. Esta área dispone de personal específico a fin de: definir el perfil laboral del usuario/paciente; definir itinerarios formativos para mejorar su cualificación; y coordinarse con

otros servicios similares, públicos y/o privados, para facilitar la integración laboral del usuario. Todo ello en cumplimiento del referencial de calidad, mencionado anteriormente.

PATIM, en 1996, con la participación en el programa HORIZON "Eourounad", desarrolla un sistema de módulos teórico-prácticos, con flexibilidad en la formación ocupacional por micromódulos. Metodología integral de formación ocupacional para drogodependientes que empieza a implementarse en el Centro de Día como Acciones Formativas Experimentales (AFE). Dicha metodología micromodular se basa en los siguientes principios:

- Las materias impartidas son rotativas: se superponen.
- La teoría y la práctica se entrelazan.
- La materia a impartir no tiene un principio ni un fin en sí mismo.
- Se realiza una continuidad en el aprendizaje a pesar de finalizar el período de formación por medio de tutorías.
- La formación general cuesta introducirla en el área de la formación específica, al igual que las materias transversales en el mundo de la docencia.
- Se atenúa el aburrimiento y el hastío en los alumnos al convertirlos en educadores/monitores y darles responsabilidades.
- Los monitores han de esforzarse para mantener su rol.
- El coste económico del programa es elevado pues cada acción formativa se compone de dos o tres micromódulos distintos que se imparten a la vez.
- El grado de incorporación laboral de los usuarios que finalizan el programa es mayor, así como su permanencia en un puesto de trabajo.

La formación, en su área general, tendrá unas competencias elementales. Fomentaremos la autoestima, la higiene, la creatividad, el concepto de mejora, la motivación, la responsabilidad y el propio concepto de trabajo en sí.

La metodología micromodular, como es lógico, necesitará que el monitor/formador tenga unas características específicas que abarquen desde una formación previa en la materia impartida hasta ciertas habilidades y destrezas para la enseñanza, para que sean transmitidas de una forma dinámica, planificada y que cree en todo momento una motivación.

Una vez las materias generales se entrecruzan con las específicas, estas últimas, pueden estructurarse en microparcels que denominaremos "micromódulos formativos.

Esta metodología es muy sencilla a la hora de ponerla en práctica, sin embargo, la verdadera programación radicaré en la dinámica del monitor y en cómo éste intentará, en todo momento, que los propios alumnos puedan convertirse también en monitores de autoayuda dentro del proceso formativo.

Con la aplicación de esta metodología y partiendo de la intención de normalizar la situación personal social y laboral de los usuarios de drogas en programas de atención, surge el Aula de Búsqueda de Empleo, de Tiempo Libre y Hábitat. Somos conscientes de que sigue siendo necesario crear servicios más eficaces tanto al usuario como a la sociedad en general.

Este servicio específico nace como complementario y transitorio a los recursos normalizados de esta índole. La propia Ley valenciana en drogodependencias mantiene la reinserción o integración laboral como uno de sus mayores objetivos como dice en su apartado "Programas para el fomento de empleo". Estos programas vienen regulados por la Ley 53/2002, de 30 de diciembre de 2002, y por la Ley 12/2001, del 9 de julio de 2001, siendo los principales: ayudas a las empresas, contratos de integración y programas como las Escuelas Taller, Casas de oficios, programas de Talleres de empleo y Acciones de Orientación Profesional para el Empleo y el Autoempleo (OPEA).

En gran parte de la población afectada, el área laboral, así como la de hábitat y tiempo libre quedan deterioradas con el paso del tiempo. Dependencia y trabajo se hacen incompatibles, dependencia y alternativas de ocio, también. El adicto centra todas sus aspiraciones en conseguir nuevos consumos y en facilitarse los mismos, lo que le hace vivir en una espiral que progresivamente se va estrechando. Por tanto, todas las actividades de formación y orientación laboral para la búsqueda de empleo deben ser prioritarias.

La experiencia nos demuestra que la intervención en materia de incorporación con población adicta ha de basarse en la premisa del acompañamiento o de la intervención continua en itinerarios desde una autonomía y una discreción. Para conseguir este objetivo es necesario poner en marcha servicios especializados y transitorios que tutelen el propio proceso de acercamiento al mundo laboral. Se incrementa el número de programas implementados en colaboración con el Servef (Talleres de Formación e Inserción Laboral, Acciones OPEA, Planes Integrales de Empleo, Equal, Taller de empleo...) incorporando a los colectivos más desfavorecidos (adictos, ex-reclusos, inmigrantes, mujeres, etc.). Nace en

este momento el Servicio de Integración Sociolaboral (SIL), servicio especializado que facilita la intermediación laboral entre las personas demandantes de empleo con especiales dificultades de integración y las empresas.

Los objetivos que nos vamos a plantear son los siguientes:

- Facilitar las estrategias necesarias para la formación y orientación sociolaboral
- Aumentar las posibilidades de integración laboral por cuenta propia o ajena de las personas beneficiarias.
- Fomentar y motivar al participante para que asuma la responsabilidad respecto a su inserción laboral, promoviendo la participación activa de los usuarios y usuarias en su propio proceso de incorporación sociolaboral.
- Facilitar el uso de herramientas eficaces para el tratamiento de la información referidas al mercado y el entorno laboral de referencia para los participantes.
- Proporcionar métodos para la adecuada definición o redefinición de los objetivos y metas profesionales, así como para el diseño y ejecución de un proyecto personal de inserción en base a las condiciones personales y del entorno que facilite el afrontamiento autónomo de la búsqueda de empleo.
- Capacitar al participante para una utilización apropiada de los métodos, técnicas e instrumentos de búsqueda de empleo y su aplicación sistemática durante el proceso de incorporación laboral.
- Facilitar y capacitar al participante a tomar decisiones, planificar y evaluar de forma autónoma su proceso de incorporación al mercado de trabajo.
- Facilitar las estrategias necesarias para la formación y orientación sociolaboral.
- Posicionar y mostrar el autoempleo individual y/o colectivo como alternativa real del acceso al mercado laboral.
- Detectar las actitudes personales que faciliten el desarrollo de un adecuado itinerario de integración.
- Incidir sobre las habilidades personales necesarias para la búsqueda y el mantenimiento del puesto de trabajo.
- Posibilitar la adquisición de conocimientos y herramientas que faciliten la búsqueda activa organizada y planificada de empleo.
- Ejercitar de forma práctica las habilidades y estrategias básicas necesarias para superar con éxito la entrevista de selección.

En nuestra metodología las acciones irán encaminadas a informar y motivar hacia una incorporación laboral, de hábitat y ocio. Se procederá de común acuerdo a establecer un itinerario personalizado de incorporación, adaptado a su entorno laboral y social de referencia.

Una vez preparado el usuario en técnicas de búsqueda de empleo así como en habilidades para el enfrentamiento del horario laboral u ocupacional pasaremos a la búsqueda activa de empleo o de recursos especializados en ocio, poniendo en funcionamiento todos los instrumentos y habilidades necesarios.

El proceso se desarrollará de la siguiente forma:

1. Derivación por un terapeuta de un centro asistencial o centro de empleo: se realizará bien desde el propio Centro de Día o desde cualquier otro recurso o presentación espontánea del usuario.

2. Entrevista personal. Orientación individualizada: individual o con acompañamiento de familiares, amigos o voluntarios específicos según perfil. Crear un clima empático y de colaboración.

3. Explicación del circuito: En todo momento han de saber qué objetivos pretendemos alcanzar y con qué metodología y temporalización esperamos conseguir los objetivos propuestos. Aquí encontramos el Plan General de Intervención, donde plantearemos tres objetivos: profesional o social (¿En qué quiero trabajar?), objetivo personal (¿En qué puedo trabajar?) y objetivo de búsqueda (¿Qué tengo que conseguir para trabajar?). Una vez tengan las respuestas podremos diseñar el itinerario de incorporación o integración.

4. Definir conceptos y estudiar abanico de posibilidades. Talleres grupales: tenemos que definir qué es integración laboral en tanto en cuanto analicemos y conceptualicemos el ocio y el tiempo libre. Partiendo de la idea de integración normalizada hemos de compaginar ambas inserciones para eludir el agobio y peligro que puede suponer el tiempo muerto.

Adecuación del currículo al trabajo seleccionado, contemplando la posibilidad de conocer o ampliar conocimientos del sector, la empresa, etc. Preparación para la entrevista por medio de simulaciones.

Para alcanzar estos objetivos hemos de utilizar técnicas expositivas y explicativas: informar; dar conceptos básicos: trabajo, empleo, rendimiento, derecho, obligación, ocio, tiempo libre, asociación, actividad, deporte, lectura, descanso, etc.; estar al día de la oferta formativa y laboral así como de las alternativas de tiempo libre y ocio; role playing, modelado, técnicas de autocontrol, retroalimentación, instrucción verbal... En definitiva, trabajaremos sobre la motivación con la que el usua-

rio llega a este servicio y la actitud para conseguir que sean lo más estables posibles.

5. Módulos formativos: Cada uno tendrá una duración de una hora y se impartirán semanalmente con una periodicidad anual y vocación de continuidad, exceptuando los Talleres FIL, OPEA, PIE, o cualquier otro programa desarrollado en colaboración con el Servef, que tendrán una periodicidad específica. Siempre se tendrán en cuenta las particularidades de cada uno de los usuarios y las necesidades en cada momento a la hora de desarrollar las acciones grupales.

6. Una vez integrado: Se pedirá la continuidad del ex-usuario en grupos, para animar la continuidad de noveles o enseñar los mecanismos que le fueron útiles. De este modo se amplía la información del grupo, planteando y analizando la experiencia obtenida.

El seguimiento en el puesto de trabajo se realizará de común acuerdo con la empresa contratante y se anotará en su agenda laboral como gestión de seguimiento.

El conjunto de actividades a desarrollar consistentes en información, orientación, formación, mediación e incorporación están enmarcadas por una intervención individualizada a través de itinerarios personalizados de inserción participando los usuarios en unas acciones u otras en función del circuito formativo y/o laboral pactado. Las áreas que nos proponemos en toda atención son las siguientes:

Actuaciones previstas: Entrevista Inicial, Entrevista Sociolaboral, Tutoría Individualizada, Diseño de Itinerario Personalizado, Jóvenes Emprendedores, Vivienda, Ocio, Legislación, Educación para la Salud, Medioambiente y Hábitat, Nuevo estilo de vida: vivir sin violencia, Economía doméstica, Salud laboral, Habilidades socio-profesionales, Formación básica, Iniciación a la política lingüística, Jardinería, Teletrabajo, Técnicas de búsqueda de empleo, Grupos de búsqueda activa, Taller de entrevista, Seminario de autoempleo, Derechos y deberes del trabajador, Mediación laboral, Seguimiento de la contratación, y Empresas de integración. Todas estas actividades se encuentran enmarcadas dentro de las áreas de Orientación, Formación (alternativa u ocupacional) e Incorporación.

3. RESULTADOS

Si hay una manera eficaz de demostrar los resultados de una actividad, sea cual sea, es con estadísticas, y aquí encontraremos la experiencia de PATIM en el año 2004.

De los que acudieron al servicio, que en 2004 fueron 715, el 52% son mujeres.

El principal rango de edad fue, el de 36-45 con un 36%, seguido del de 26-35 con un 32 %, el siguiente intervalo de 46 o más con un 27 %, para acabar con el rango de 16-25 con un 5%.

Si nos referimos a formación, el 43 % de los usuarios que se presentaron carecían de la misma, seguidos de cerca con un 42% que refieren poseer estudios primarios, prácticamente no se aprecia diferencia entre ellos, para pasar a los que poseen FPI, FPII, BUP y una Diplomatura con un 8%, 3%,2%, y 2% respectivamente.

Cuando hablamos de tiempo de desempleo el 74% ha estado más de un año, seguido por el 15% que ha estado entre un año y seis meses, y por el 9% que estuvo menos de seis meses, únicamente el 2% no llegó a estar desempleado.

A continuación incluimos un listado con todas aquellas entidades, organizaciones, empresas, etc que de alguna manera han contribuido con nosotros en el plano de la integración.

Colaboraciones y coordinación

Hemos tenido la suerte de poder contar con la colaboración, además de coordinación, de una gran variedad de empresas y entidades de todo tipo, las cuales citamos a continuación: empresas de contratación, INEM/SERVEF, oficinas de información juvenil, centros de formación e información de sindicatos, Conselleria de Educación, Trabajo, Industria, etc, organismos de fomento de empleo, federaciones empresariales, centros de formación, centros culturales y casas de cultura, oficinas de voluntariado, consejos de participación, oferta cultural y de ocio, cines, espectáculos, etc, salas de exposiciones y redes especializadas.

Contactos con entidades y organismos públicos:

Debido a nuestra política de protección de datos, no está permitido revelar la información sobre las distintas entidades y organismos.

Contactos con empresas

73 compromisos de colaboración y 120 empresas contactadas.

En 2005 de los 138 usuarios atendidos, 42 han encontrado empleo y 2 han sido derivados a Talleres de Empleo.

4. DISCUSIÓN

Como nota principal cabe destacar que desde la aparición del SIL, la población a atender se diversifica interviniendo no sólo en población adicta sino con mujeres maltratadas, ex-reclusos, inmigrantes, minorías étnicas,... personas en riesgo de exclusión social en general.

Los resultados del 2004 nos indican que se ha producido un aumento repentino de usuarios que demandan este servicio, debido principalmente a que con anterioridad no se había invertido en un recurso específico, que aparte del Servef, pudiera cubrir esta demanda.

El perfil de este recurso es: hombre/mujer entre 36 y 45 años con estudios primarios, estando más de un año desempleado/a, inscrito/a en el Servef y con más de un año de experiencia profesional. Ante este perfil, la integración sociolaboral debe ir encaminada en primer lugar al mantenimiento del puesto de trabajo y su armonía en el entorno, en segundo lugar a la búsqueda de ocio o grupo de referencia y en tercer lugar, a la búsqueda de hábitat en cuanto a mecanismos de creación de responsabilidad.

Para concluir, nos gustaría quedarnos con la idea principal. Se podría decir que la discusión fundamental es la dicotomía recursos específicos o recursos generales. Partiendo de que existen unos recursos generales, establecidos con los años, sería muy fácil acogernos a éstos y aplicarlos sin más. Sin embargo, nuestra experiencia nos ha enseñado que, puesto que cada paciente es especial y único, cómo un recurso general, el cual se ha diseñado sin tenerle en cuenta va a ser capaz de dar soluciones a un determinado paciente? Por lo tanto, la solución está en los recursos específicos, diseñados a medida de cada paciente para cubrir sus necesidades y carencias, y así crear una ayuda que funcione realmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC de las drogodependencias (1993). EDEX.

Arana, X.; Iñaki Márkez, I., coordinadores (1997). *Los agentes sociales ante las drogas*. Ed. Dykinson.

Argómaniz (1996), Cestona (1997). *Actas reuniones de técnicos de prevención de drogodependencias*.

- Ayuntamiento de Portugalete (1998). *Plan municipal de drogodependencias*. Portugalete.
- Ayuntamiento de Portugalete (1994). *Informe Revisión Plan municipal de Drogodependencias*. Portugalete.
- Braudel, F. (1968). *La historia y las ciencias sociales*. Alianza editorial.
- Castells, M. (1997) *La era de la información. Vol. 1: la sociedad red*. Alianza editorial.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos*. Anagrama.
- Comisión inter-institucional de drogodependencias de Euskadi (1998). *Las drogas se pueden prevenir*.
- Conclusiones Congreso de Familias para la Prevención de las Drogodependencias (1994). Portugalete.
- Conclusiones y ponencias Congreso de Asociaciones Juveniles en la Prevención de las Drogodependencias (1994). Portugalete.
- Gobierno Vasco (1987). *La prevención comunitaria de las drogodependencias*. Documentos Bienestar Social -5.
- Fundamentación de las competencias atribuidas al Ayuntamiento (2000).
- Funes y Cols, J. (1996) *Incorporación social de las personas con problemas de drogas*.
- Jornadas de UNAD (2005). *"Incorporación sociolaboral en personas con problemas de drogas"*. UNAD.
- Informe (1989): *Drogas y opinión pública en el municipio de Portugalete*.
- Informe estudio (1996): *Análisis del modelo de intervención en la prevención de las drogodependencias*. Aztertuz.
- La reinserción un respuesta a la exclusión social*. Memorias encuentro internacional (1999). Junta de Castilla la mancha.
- Ley 18/1998, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en la materia de Drogodependencias.
- Ley 5/1996, de 18 de octubre de Servicios Sociales.
- López y Segarra, F.; Jiménez Frisuelos, Canelles. Carmona y otros (1999). *Incorporación socio-laboral de drogodependientes: nuevas alternativas*. UNAD.
- López y Segarra, F.; Grau Palomar, J.; Galmés Monferrer, I.; Salvador García, F. (1999). *Formación ocupacional circular por micromódulos*. UNAD Orfor.
- Los servicios sociales generales y la atención de drogodependencias (1995). Gid.
- Martín Nieto, J. (2005) *Tutor referencial: un nuevo modelo de intervención*. Ensayo de prevención específica de drogodependencias de UNAD. UNAD.

- Memorias anuales Area Mpal. Drogodependencias de Portugalete. (1985-1996)
- Núñez, V. (1997). *“De la educación en el Tiempo y sus Tiempos”*. Texto establecido sobre la conferencia impartida en el Seminario Internacional Construyendo un saber sobre el interior de la escuela en Buenos Aires.
- Ordenanza Reguladora de publicidad, venta y consumo de alcohol del Ayuntamiento (2000). Portugalete.
- Plan Trienal de Drogodependencias de Gobierno Vasco. (96-97-98).
- Pérez Arrospide, J. A.-Ruiz, J. (2000). Informe: *“Programa de prevención comunitaria Drogodependencias”*. Informe - estudio: *“Adolescencia y drogas en Portugalete”*.
- Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (1995).
- Programas y documentos RED ARAÑA. (1987-2005)
- Red Araña (2005). 5ª Guía de Entidades y Recursos para el Empleo.
- Savater, F. (1997). *El valor de educar*. Barcelona: Ariel.
- Touraine, A. (1993). *Crítica de la modernidad*. Temas de hoy.
- VVAA (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors*. Ed. Santillana.
- VVAA. Antonio Petrus, coordinador (1997). *Pedagogía social*. Ariel educación.

*ARTÍCULOS
DE REVISIÓN*

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA AL JUEGO: UNA DE LAS ADICCIONES NO CONVENCIONALES

Ricardo Vacca Rodríguez
Metropolitan Center for Mental Health, New York, USA.

RESUMEN

En la actualidad el campo de las adicciones se ha ampliado ante la aparición de una patología similar a las adicciones a las sustancias químicas pero donde no existe una sustancia psicoactiva, denominadas conductas adictivas, o adicciones no convencionales. A través de los últimos años se ha comprobado que ciertos individuos son más sensibles a desarrollar una conducta adictiva hacia objetos actividades o personas o un mismo individuo puede desarrollar unas conductas adictivas y a la vez una adicción a drogas.

En cambio otras pueden desarrollar con mayor facilidad una conducta adictiva a las actividades, a las máquinas u objetos o a las personas de manera exclusiva, permanente y/o sucesiva, a la cual se le denomina personalidad adictógena. Una de estas patologías es la conducta adictiva al juego llamada también ludopatía y es la que desarrollaremos en este trabajo. Se presentan las características clínicas del trastorno, las diferentes etapas del proceso adictivo, incidiendo en los mecanismos cognitivos. Se propone una clasificación del adicto al juego.

Palabras clave: ludopatía, clasificación, proceso adictivo

ABSTRACT

The addictionology field is more extensive these days than many years ago because it comes up pathology some at chemical substance addiction but there aren't a psychoactive substance in use, this pathology is calling for the specialists "addictive behaviors" or none conventional addictions. Through the years in clinical and hospitals we can see that some people are more sensitive to develop an addictive behavior besides a chemical addiction, and others can develop easily an addiction to the activities, machines, objects or persons of exclusive permanent and successive way. One of this interesting and complexity pathology is the gambler addictive behavior, calling also ludopatía and the following are the clinical profile.

Characteristics of gambling are presented, the stages of the addictive process, especially on cognitive mechanisms. A classification of gambler is presented.

Key words: gambling, classification, addictive process.

HACIA UNA NUEVA DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES

Paralelamente al desarrollo de la problemática de las adicciones a las sustancias químicas se han venido presentando cada vez con mayor frecuencia y estructuración, una cuantiosa complejidad de comportamientos que desarrollan ciertas personas y que vienen causando sendos problemas en la comunidad mundial, referente a la fisiología de sus propios organismos, bioquímica, comportamientos abiertos y encubiertos y a su vida de relación (Vacca, 2001). Tales comportamientos escapan a los marcos de las clasificaciones de la psicopatología clásica, psiquiatría tradicional y nomenclaturas internacionales de las enfermedades mentales. Esta sintomatología ha ido evolucionando y tornándose cada vez más compleja hasta llegar a ser considerada por los clínicos, terapeutas, expertos y estudiosos de la conducta humana como una nueva entidad dentro de las adicciones (Fort, 1981), proponiendo que además de las dependencias a sustancias químicas existen una gama de conductas que se asemejan a estas sin mediar sustancia psicoactiva alguna, a las cuales han denominado "adicciones no convencionales", "adicciones atípicas" o también "dependencias no tradicionales" o conductas adictivas (Vacca, 1996). Esta novedosa patología ha originado la aparición de una nueva

CUADRO 1

I.- Adicciones no convencionales o dependencias a sustancias psicoactivas:

I.a.- Adicciones a Sustancias ilegales:

- Que activan el SNC
- Que deprimen el SNC
- Que causan alucinaciones

I.b.- Adicciones a sustancias Legales:

- Café, alcohol, tabaco,
- Medicamentos,
- Psicofármacos

Ic.- Químicos tóxicos

- Harina blanca, azúcar procesada,
- Chocolate,
- Sustancias grasas,
- Carbohidratos

II.- Adicciones no convencionales, también denominadas adicciones no tradicionales o conductas adictivas:

IIa.- A instrumentos o aparatos:

- Nintendo, juegos electrónicos
- Ordenadores
- Televisor, Internet.
- Deporte, trabajo,
- Ahorro, gasto,

II.b.- A Actividades:

- Juegos de azar o ludopatía
- Relaciones coitales o sexo adictos,
- Compras...

Con Desórdenes Psicológicos:

- 1) De Personalidad [psicópatas, etc.
- 2) De Conducta [impulsivos, violentos...]
- 3) De Adicciones [a drogas, a Adicciones no convencionales, Co- Dependencias

II.c.- A Personas [*]

Con Desórdenes Orgánicos:

Enfermedades Reversibles [recuperables]

Enfermedades terminales, [SIDA, renales...]

Enfermedades irreversibles [orgánico/cerebrales, etc. [<http://adictivas.tripod.com.pe/>]]

[*] La Adicciones a las personas pueden desarrollarse de acuerdo al vínculo que establece el sujeto adicto y el sujeto de su adicción, así tenemos que existen:

Adicciones a las Personas mediante **1)** Vínculo de Pareja [esposo-esposa] **2)** Vínculo Simple [a personas desconocidas pero que tienen alguna deficiencia que desencadena esta adicción: gente menesterosa, niños de la calle, madres solteras...] **3)** Vínculo Profesional [Médico-paciente, Trabajadora social-Cliente], **4)** Vínculo Vocacional [Religiosos/feligreses], **5)** Vínculo consanguíneo [familiares de primer orden: madre/hijo, hermano/hermana] [Vacca R, 1997].

rama del conocimiento científico: la adicciónología, cuyo campo de acción supera al estudio, prevención, tratamiento, y rehabilitación de las denominadas adicciones tradicionales (dependencia a sustancias químicas) por lo cual paulatinamente se ha ido implementando una serie de conceptos para señalar, explicar, definir o describir este tipo de patología recurriendo a nuevas conceptualizaciones dado que las ortodoxas resultan limitadas, insuficientes y hasta incompatibles con la mencionada patología; términos tales como "feromona sexual predominante", "síndrome del príncipe encantado", "dualidades antagónicas", "adicción unilateral", etc. (Black y Beattie, 1971; Vacca, 1997), lo cual evidencia la complejidad y rigor con lo que los estudiosos y terapeutas están abordando esta nueva entidad clínica.

Ante el surgimiento de esta nueva patología y su campo de estudio y aplicación, al estudioso o profesional que trata este tipo de patología se le denomina "adicciónólogo", el cual supera al profesional que antiguamente trataba y rehabilitaba únicamente a individuos con dependencia a drogas dado que han ampliado su campo de estudio y aplicación. El tratamiento y abordaje de estas nuevas entidades clínicas se inició al identificar síntomas y signos similares en las adicciones a sustancias psicoactivas y en las conductas adictivas: vgr. conductas de descontrol, trastornos o alteraciones psicósomáticas originadas por el vínculo con el sujeto en

objeto de adicción, disfuncionalidad familiar de tipo adictógeno, similar al síndrome de abstinencia causado por las sustancias psicoactivas, etc. (Vacca, Vacca y Samané, 1997). La situación planteada obliga entonces a clasificar y agrupar estas entidades psicopatológicas de acuerdo a su clínica surgiendo la siguiente taxonomía (véase el cuadro 1).

CONDUCTA ADICTIVA AL JUEGO MEDIANTE LAS MAQUINAS TRAGAPERRAS.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

La nueva conceptualización de las adicciones considera que se pueden desarrollar conductas adictivas a ciertos instrumentos o aparatos (especialmente los electrónicos) como pueden ser las máquinas de premio, las cuales generan sobretodo intensa atracción entre los grupos infante/juveniles y no en pocos adultos. En los últimos años con la aparición cada vez mas numerosa de locales de juego de azar y apuesta de diverso tipo se ha podido verificar que las más afectadas por desarrollar una conducta adictiva al juego vienen siendo las poblaciones femeninas a los juegos de bingo y máquinas de premio, y los niños y adolescentes a los juegos mecánicos del tipo “gameboy” o electrónicos en módulos en locales determinados (Vacca, 1996). Por su parte, los varones son más afectos a los juegos de apuesta en la carrera de caballos y casinos de póker en sus diversas modalidades. Pero para desarrollar una conducta adictiva al juego, (también denominada ludopatía) se requiere de una evolución clínica, la cual transcurre como cualquier adicción solamente que ésta presenta ciertas características muy particulares o específicas que por ser una “conducta adictiva de contacto”, es decir que se desarrolla en medios sociales, se muestra diferenciada, a continuación su patogenia.

A. - FASE INICIAL DE LA CONDUCTA ADICTIVA AL JUEGO, TAMBIÉN DENOMINADA “DE LA AVENTURA” O DEL “DESCUBRIMIENTO”.

La conducta adictiva a las máquinas tragaperras se inicia generalmente mediante un comportamiento de “descubrimiento”, también denominado comportamiento experimental, conducta de ensayo/error o conducta de “tanteo”. Esta conducta puede ser casual por el hecho mismo de producirse de manera accidental. No obstante para establecer si ésta fue una conducta “accidental o casual” se debe inicialmente identificar si el individuo presenta el factor predictivo de: “personalidad adictógena” (Vacca, 1996). Esto significa que una persona que posee este factor predictivo, de manera constante y permanente está en la búsqueda de conductas, estímulos o circunstancias que le originen o desarrollen emociones intensas. Esto es lo que algunas personas denominan “búsqueda de la adrenalina”, [<http://nuevasadicciones.tripod.com.ar/>]. Esto desencadena emociones, comportamientos o reacciones de descontrol. La búsqueda incesante por vivenciar estas sensaciones en este tipo de individuo se va convirtiendo en un tiempo variable en una conducta que integra su repertorio de comportamientos que no puede controlar. Una persona de esta naturaleza puede desarrollar una adicción específica y única a una determinada sustancia, objeto, actividad o persona o en su defecto puede ir desarrollando una serie de adicciones a sustancias o conductas adictivas en el transcurso de su vida las cuales va sustituyendo de manera alterna o secuencial, pero en un determinado momento puede estabilizarse en una que será la adicción principal o predominante la cual continua la misma caracterización de la anterior: ser descontrolada, que aumenta en intensidad, ser repetitiva, convertirse en dañina y destructiva.

Con referencia a la conducta de jugar, si el individuo esta exento de poseer una personalidad adictógena, ante el inicio o desarrollo de una sesión de juego puede experimentar disforia de diversa intensidad e inclusive frustración dependiendo de los resultados del juego. La actividad del juego en este tipo de persona puede permanecer estacionaria. Esta actividad puede ser constante o no pero de ninguna manera no compromete los horarios personales que tiene que desarrollar con la familia el trabajo, estudio o de responsabilidad significativa. Con el transcurrir del tiempo en base a la continuidad de la actividad de jugar este tipo de individuo puede llegar a ser clasificado como un *jugador social*, en el cual lo más importante es la atmósfera social en que desarrolla esta actividad

o la compañía que mantiene mientras realiza el juego. En ningún momento -salvo extrañas y escasas excepciones- pierde el control sobre la conducta de jugar en la máquina y tampoco se ve afectado económicamente por la inversión que pueda realizar. Las máquinas para este tipo de personas son indiferenciadas, es decir que no son sustantivamente más atractivas unas que otras, es la actividad de jugar y estar en compañía de determinada persona o vivenciando determinado momento lo más importante para esta clase de individuo.

En una conducta adictiva de este tipo pocas veces se presenta el descontrol de manera súbita y brusca, sino que se ingresa como una aventura y ésta se instala después de haber tenido posiblemente experiencias previas de juego moderado en la carrera de caballos, el bingo, la ruleta, el póquer y otro tipo de juegos de azar o de envite. También puede tener antecedentes de haber realizado alguna otra actividad -ajena al juego- que desarrolló de manera obsesiva y descontrolada en su pasado, la cual buscó y se recreó con lo atractivo, intenso o apasionado. Estas conductas -a manera de antecedentes- en ciertos momentos culminaron en descontrol causándole problemas algo significativos con su entorno psicosocial. No es extraño encontrar en ellos también las siguientes características clínicas: antecedentes de dependencia hacia alguna persona en su niñez o adolescencia; haber desarrollado períodos de ingesta excesiva de dulces, carbohidratos, o comidas recargadas de grasas, o en su defecto micro episodios de abuso de licor o medicamentos de tipo ansiolítico, barbitúrico o anfetamínico.

Durante el período inicial de esta conducta adictiva la distribución de su tiempo diario lo efectúa dejando permanentemente espacios para desarrollar el juego con la máquina. La permanencia en el período inicial es corta, ingresando luego a la fase de descontrol para concluir rápidamente en la adicción. La presencia y permanencia en los casinos o casas de juego las aprovecha para integrarse o formar un grupo de amistades compatible con sus características psicológicas.

FASE DEL DESCONTROL TAMBIÉN DENOMINADO DE "SEGUIDILLA": FASE ADICTIVA PROPIAMENTE DICHA

El estadio del adicto al juego en el período inicial es variable dependiendo de múltiples factores: economía psicológica, recursos económicos, soporte familiar, proximidad a los casinos o casas de juego, programa

de actividades diarias personales que previamente tiene contraído, etc. pero esta nómina de factores sólo hace más lento y dificultoso o más rápido y fácil el ingreso a la fase de descontrol. Durante la etapa de descontrol la configuración psicológica que ha desarrollado el adicto es compatible con su conducta adictiva por lo tanto el afán de continuar jugando pretextando el perseguir la ganancia de dinero es sólo una justificación a la pérdida del control que no desea reconocer. El concepto que va teniendo hacia su adicción lo va modificando mediante mecanismos psicológicos evasores o justificadores de su conducta y que son recursos propios de cualquier adicto tanto a las adicciones convencionales como las no convencionales, que le impiden observar objetivamente la realidad de su enfermedad. [<http://nuevasadicciones.tripod.com.ar/>].

Es interesante remarcar una serie de elementos que el adicto al juego a las máquinas electrónicas encuentra durante el desarrollo de esta conducta adictiva y que se constituyen como poderosos reforzadores en su sensorio y que mantienen dicha conducta: por ejemplo el sonido de las máquinas con su constante intermitencia, el apagado y encendido de luces de manera constante no solo en las máquinas sino en la sala de juego, en algunos casinos el ofrecimiento de licor, el cual se constituye como un modulador o regulador de la conducta eufórica o disforia para que el usuario no llegue a una fase de paroxismo o de descontrol extremo que se constituya en una amenaza para el ambiente o un abandono de recinto. El ofrecimiento de ciertos alimentos como carbohidratos, azúcares o chocolates operan también reguladores conductuales influyendo en los neurotransmisores del jugador (Lindsey y Cohen, 1990). Es importante mantener una atmósfera confortable para que el "cliente" permanezca y desarrolle su conducta. Otro de los elementos son los colores intensos, brillantes, el plástico y los metales que se distribuyen en el ambiente y que se tornan también como estimulantes sensoriales para el adicto al juego.

LA FASE "TERMINAL" O "RESOLUTIVA", TAMBIÉN DENOMINADA DE "PELIGROSA DESESPERACIÓN".

En esta fase se ha instalado definitivamente la conducta adictiva hacia las máquinas tragaperras. El estar lejos de ellas sin manipularlas ni sentir la sensación del juego le desencadena una sintomatología similar al síndrome de abstinencia que causan las drogas. Síntomas que en ellos

pueden referir en: dolores de cabeza, decaimiento general, irritabilidad, falta de apetito, piloerección, sudoraciones profusas en ciertos momentos del día, déficit en la concentración, atención desperdigada, dificultad en la memoria de fijación, cámaras líquidas, despeños diarreicos, falta de interés por actividades productivas, pensamientos reiterativos acerca del juego, insomnio, disforia, angustia, opresión precordial, sudoraciones profusas y episódicas, decaimiento de la energía etc.

En esta fase “resolutiva” las deudas contraídas, los desfalcos autorrealizados en su propia economía o hacia las arcas familiares le preocupan sobremedida, la autoimagen que tenía se ha devaluado completamente, y las posibilidades y alternativas para pagar las deudas contraídas que proyecta son irreales, sumiéndose en la impaciencia e incertidumbre por eso también se le denomina a esta fase de “peligrosa desesperación. Se ha podido identificar que el pensamiento que presentan en esta fase es defectuoso en el curso o contenido. Por ejemplo, al estar conversando un tema neutral, de pronto surge el pensamiento de “...cuánto podría estar ganando de estar jugando en este momento...” o en su defecto su conversación es bruscamente cortada por oraciones como “...lástima que no tengo cinco euros...solamente necesito cinco euros para jugar un ratito...” para luego al no encontrar eco en su entorno, retornar a la conversación que habían interrumpido siendo lo reiterativo de estas verbalizaciones otra de sus características clínicas.

En esta etapa es donde tiene más elaborados y consistentes sus argumentos irracionales que le impiden la reflexión de su estado y que además le refuerzan su conducta adictiva. Esto significa que su estado clínico el cual es disonante (incongruente) con el ideal de ser una persona exitosa y funcional y que le ocasiona malestar psicológico, lo maneja o reduce con una serie de argumentos o pensamientos que reducen precisamente este malestar psicológico, es decir que operan como mecanismos reductores de la disonancia cognitivo/afectiva, haciendo de esta manera que se mantenga la conducta adictiva e impidiendo la reflexión y reorientación comportamental.

El proceso de “tocar fondo” -que en todo adicto es importante dentro de su recuperación- es difícil que se produzca en estas circunstancias y con un sistema cognitivo de este tipo. Pensamientos irracionales permanentes al interpretar su realidad y que no son compatibles con ésta es lo que les favorece en el mantenimiento de esta conducta adictiva. En estas circunstancias en muchos adictos se puede identificar un deseo irrefrenable a comer de manera descontrolada. Algunos de ellos suelen fanta-

sear pensando que existe infidelidad de parte de su pareja, las celotipias se hacen presentes al igual que sucede en las adicciones al alcohol diferenciándose en el componente predominantemente orgánico de la disfunción eréctil que presenta el alcohólico de manera reactiva. Esta conducta celotípica suele interpretarse como un argumento que reduce su angustia y culpa ante lo que esta viviendo y sintiendo (Jackson, 1989)

Gran cantidad de adictos al juego desean de manera soterrada, que su propia pareja cometa faltas, les sea infiel, incumplan en sus obligaciones con los hijos en la administración del hogar, para que ingrese en descrédito ante sus ojos y de esta manera reducir su culpa o pretender reducir los conflictos y disonancia con ella. Existen momentos en que la desesperación lo induce a presentar una rumiación suicida. Esto significa pensamientos reiterativos donde la muerte es la única solución a las deudas y descalabro económico que están viviendo, pensamientos tales como: "cuando yo me muera entonces vendrán tales o cuales personas a verme...", "después de muerto todos mis acreedores que me están acosando no recibirán nada, y ya quisiera verles la cara..." etc., son contenidos con los cuales fantasea. La adicción a las máquinas de premio es una de las adicciones que presenta una mayor complejidad en el tratamiento a los terapeutas dado que no es muy difundida como una conducta adictiva... Y menos aún en el adicto que esté padeciendo de una adicción de este tipo su conciencia de estar desarrollando dicha patología, es nula.

MECANISMOS COGNITIVOS QUE PRESENTA EL ADICTO A LAS MÁQUINAS DE PREMIO QUE IMPIDEN LA TOMA DE CONCIENCIA DE SU PATOLOGÍA

Existen múltiples mecanismos psicológicos que aprenden a utilizar este tipo de adicto y que le permiten convivir con su conducta adictiva y evitar extinción o decremento, de esta manera tenemos:

LA NEGACIÓN SISTEMÁTICA

Existen una serie de mecanismos psicológicos que generalmente ponen en actividad los adictos al juego para reducir la incongruencia entre lo que les está sucediendo y lo que él no acepta. A esta activación y construcción de elementos ideativos se les denomina "argumentos reductores de la disonancia cognitivo-afectiva" (Festinger, 1957). La "negación sistemática" es uno de estos argumentos mediante la cual el adicto niega

que la conducta del juego se le está escapando de su control, lo esté obsesionando y conduciendo a conflictos con su entorno. Es típica la conducta de estar a la defensiva, ser reactivo cuando terceras personas lo confrontan con dicha conducta o con el descontrol que esta viviendo. Verbalizaciones de negación activa como “es mentira... no he salido a jugar...”, “No es cierto...no he gastado dicha cantidad...” es común en ellos.

LA MINIMIZACIÓN

Mecanismo psicológico reactivo, mediante el cual el adicto subestima o devalúa su conducta adictiva y sus consecuencias, minimiza lo que le está ocurriendo calificando las consecuencias de dicha conducta, los problemas que de ella derivan o su propia conducta adictiva: como pequeños, manejables, mínimos, y que no presentan tanta significación ni gravedad como para movilizar a la familia o terceros en busca de ayuda. O en su defecto minimiza la actividad misma, lo que significa para él que no es necesario que tenga que abandonar dicha actividad.

Algo similar sucede en este tipo de adicto con el dependiente a sustancias químicas por ejemplo si el alcohólico desea beber cerveza, dice “vamos a tomarnos unas cervecitas para el calorcito”. La manera diminutiva con que denominan este tipo de adictos a la sustancia les genera familiaridad, proximidad afectiva y el uso de la minimización les produce cierta inhibición de ver al tóxico en la magnitud y cualidad química que posee y en las consecuencias perniciosas de su abuso. En el adicto a las máquinas tragaperras la minimización se presenta en el uso de verbalizaciones como “voy a jugar un par de horitas...”, o “voy a echarme unas fichitas...”, “...sólo serán unas moneditas...”

DISTORSIÓN DEL ENFOQUE

Es el mecanismo psicológico mediante el cual el adicto modifica la visión o significado de su conducta adictiva o los elementos involucrados. Para el adicto a las máquinas tragaperras la actividad adictiva se convierte en “su trabajo”, “un relax”, “bajar al barrio”, bajo la justificación que el jugar le está proporcionando un ingreso económico lo cual la mayoría de las veces es falso dado que la inversión en el juego es mayor que el ingreso.

No obstante hay cierta conciencia en algunos de ellos para denominar a los casinos o casas de juego como: el “vicio”, “la perdición”, pero con el transcurrir del tiempo en que evoluciona su conducta adictiva, este término se convierte en una palabra familiar que no les promueve la más mínima reflexión acerca de su comportamiento.

EL AUTOENGAÑO

Es el mecanismo psicológico por el cual el adicto a las máquinas tragaperras se autoverbaliza argumentos que favorecen o refuerzan su conducta adictiva, pero ahora, mucho mejor elaborados, con mayor elementos reductores de la disonancia cognitivo/afectiva, mayor complejidad en sus creencias y desde el punto de vista eminentemente clínico, con un mayor índice de irrealidad, estos argumentos fueron construidos en el transcurso del tiempo desde que se inició hasta la fase resolutive. Este es un sistema de creencias le es urgente creerlo y que compatibiliza con su conducta adictiva; pensamientos tales como: "Todo problema tiene solución.....por lo tanto esta pérdida de dinero la he de recuperar cuando cambie mi suerte... ", "Mi suerte pronto cambiará.... todo no puede ser pérdida", "Todo es cuestión de tiempo...y de persistencia", "...Lo que requiero para que cambie mi vida es únicamente un golpe de suerte... ", "Lo que necesito es sólo descansar para reponerme...".

Todos estos argumentos justifican su conducta para no caer en una depresión que se vislumbra por que además su autoestima en estas circunstancias se ve afectada de manera relevante. En esta fase los pocos e imprevistos momentos de ganancia económica que pueda lograr son auto percibidos de modo sobredimensionado, magnificados, siendo reforzantes de su actividad de continuar jugando. Dentro de este contexto ingresa a períodos de fantasías donde diseña, planifica, elabora proyectos o planes para su vida futura o la de su familia basados en el margen de ganancia económica que en sus escasos momentos de "suerte", obtuvo, proyectos o planes que desde luego, están fuera de la realidad. Otra de sus características dentro de su sistema cognitivo es la construcción y desarrollo de una elemental o precaria taxonomía elaborada de forma empírica acerca de las máquinas de premio que frecuenta, los casinos en las que están ubicadas, en que momento del juego puede ser posible que pueda ganar algo del dinero, casinos con máquinas tragaperras nuevas, aquellas que están en desuso, las más productivas, las marcas industriales de ellas, la gente que acude, etc.

SISTEMA COGNITIVO EN EL ADICTO A LAS MÁQUINAS TRAGAPERRAS, QUE FUNCIONA COMO REDUCTOR DE LA DISONANCIA COGNITIVO-AFECTIVA

Los pensamientos que poseía antes de llegar a la fase de desesperación o a la quiebra de su economía, evidentemente eran diferentes a los que en la actualidad -es decir en la fase resolutive- posee. Inicialmente el juego era eso: un pasatiempo, un relax una forma de invertir su tiempo y

algo de dinero que lo ubicaban en posibilidad de divertirse o de tener ciertas ganancias económicas sin mucho esfuerzo o ciertas pérdidas económicas que no pusieran en riesgo su equilibrio económico ni su bienestar. Pero ahora el tiempo y la realidad le dicta otra cosa y eso le causa conflicto, malestar, frustración: es decir disonancia cognitiva-afectiva.

Uno de los mecanismos psicológicos que suelen emplear este tipo de adictos para reducir o extinguir su conflicto entre la evidente realidad de su adicción y la no aceptación de esta realidad, es la "consonancia cognitivo-afectiva" (Festinger, 1987). Mediante este mecanismo el adicto al juego emplea una serie de argumentos que vienen a ser la combinación de la realidad con su voluntad de no desear dejar de jugar. Argumentos tales como "voy a dedicarme al juego solo un tiempo más y me retiro...", "recupero lo que perdí y me retiro inmediatamente...", "necesito jugar para ganar únicamente lo suficiente y vivir un mes... mientras busco trabajo...", "no puedo retirarme en la quiebra...", "no puedo irme de aquí siendo un perdedor...", "De ahora en adelante voy a tratar de jugar controlado...", "me voy a proponer trabajar y paralelamente jugar para tener dos ingresos...", "mis familiares no comprenden que en el juego existen los golpes de suerte que pueden cambiarle a uno la vida...", "no puedo abandonar definitivamente el juego siendo un perdedor, no lo soportaría"... son sólo algunos de los argumentos.

La continuidad de esta conducta adictiva y la necesidad de creer estas cogniciones se constituyen entonces en una estructura mental difícil de desarticular y modificar cuando el sujeto ingresa a un programa de deshabitación. Esta manera de pensar asociada al desconocimiento de parte del usuario que están desarrollando una conducta adictiva, se con-fabulan para contribuir a la ruina del adicto a las máquinas de premio. De esta manera, el momento de la diversión y aventura con que inició sus actividades lúdicas en las máquinas tragaperras ya quedó en el pasado. La fase terminal está próxima; el devastamiento de los mecanismos de autocontrol no sólo ha afectado su conducta de jugar, sino que también ha venido afectando a las relaciones con su pareja y entorno social. El juego lo ha conducido a la ruina.

LAS AUTOVERBALIZACIONES NO CONSCIENTES

A manera del estilo literario que James Joyce denomina soliloquios o diálogos internos, y que se trasluce a través de su célebre obra *Ulises*, este tipo de adicto se autoverbaliza durante muchos momentos del día una serie de argumentos que refuerzan su conducta del jugar. Por ejemplo

“tienes que ser más cuidadoso en el juego”, “cuando juegues, no te desesperes”, “lo que necesitas es un golpe de suerte”, “aprende a esperar, porque la suerte existe...” etc. Con el transcurrir del tiempo estos monólogos se van haciendo más condensados, convirtiéndose en simples palabras pero que encierran un vasto significado que van desde las afirmaciones para continuar jugando, hasta las confabulaciones de fantasía por el juego y su parafernalia (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1990). Por ejemplo, términos como el «recurso», «la ganancia», son palabras que simbolizan para el adicto mucho, lo cual a veces va asociado a cábalas, conductas supersticiosas, como por ejemplo: antes de levantarse de la cama colocarse ambos calcetines al revés, el carné de identidad de cabeza en el bolsillo izquierdo, usar determinado tipo de ropa o el color de ésta, cierta colonia o perfume, etc.

CONDUCTA ADICTIVA AL JUEGO DE AZAR Y APUESTA

En lo referente al grupo de conductas adictivas a las actividades, la más estudiada ha sido la personalidad del individuo que practica juegos de azar y apuestas. En lo referente a esta patología hay que diferenciar inicialmente la conducta del individuo que se puede calificar de jugador social de la del adicto al juego. En la actualidad existe una acertada clasificación en lo referente a los jugadores, su evolución, impulsión o compulsión y de las complicaciones clínicas y consecuencias altamente funestas de lo cual esta actividad deviene (Amaya, 1990). Los límites entre lo funcional a lo disfuncional de un tipo de jugador y otro a veces son difíciles de establecer de manera taxativa por cuanto la intensidad, frecuencia y consecuencias de dicha actividad suele presentarse indistintamente tanto en uno como en otro, de tal manera que su caracterización suele confundir al observador y a veces hasta al mismo profesional al tratar de formular el diagnóstico preciso o diseñar el correspondiente programa de deshabitación a la conducta adictiva al juego.

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS QUE PRACTICAN EL JUEGO DE AZAR O APUESTA

JUGADOR SOCIAL Ó RECREATIVO

Este individuo elicit su conducta de apostar únicamente alternándola con otras actividades sociales. El juego se realiza mientras se conversa,

bebe algo o como una actividad que se desarrolla paralela a la grata compañía de una persona o grupo (Cartwright y Zender, 1976). El juego individual y solitario rara vez es efectuado por el jugador social/recreativo y la cantidad de dinero de la apuesta no le causa desequilibrio económico o si esto sucede en algún momento, no es lo común. El tiempo que invierte en estas actividades se mantiene estable y hasta con cierta tendencia a decrecer. La atmósfera social es lo que conduce, favorece o controla su permanencia, retiro circunstancial o alejamiento definitivo de dicha actividad. Si el ambiente le es favorable y empático permanece o lo frecuente, si lo es de manera contraria puede cambiar de local o simplemente sustituir dicha actividad por otra sin que le cause mayor molestia o trastorno en la distribución racional de su tiempo, en las amistades que frecuente o su propia economía.

Un jugador social generalmente no se convierte en adicto al juego (salvo raras excepciones) si es que no presenta el factor predictivo es decir: poseer una estructura de personalidad adictógena, esto puede significar: provenir de una familia disfuncional, además de tener antecedentes en su pasado de conductas que ha realizado de manera excesiva y con ciertos micro episodios de descontrol, aparatos generalmente electrónicos que los ha manejado de forma descontrolada durante cierto tiempo por arriba del común o haberse involucrado en la relación con alguna persona de manera obsesiva y/o compulsiva, sea ésta mediante una relación amistosa, profesional/vocacional o sentimental o en su defecto haber consumido en el pasado (o continuar en la actualidad haciéndolo) sustancias químicas que producen dependencia, sean éstas legales o ilegales, estar en una búsqueda incesante de conductas, actividades o circunstancias que le ocasionen disforia o angustia con la cual disfrutan, lo que comúnmente denominan, la búsqueda de actividades que le generen "adrenalina". Si los elementos antes mencionados están presentes en el jugador social, es sólo cuestión de tiempo en que el apasionamiento, obsesión y descontrol por el juego se hagan manifiestos, por lo tanto el rol de jugador social que está desarrollando en dicho momento sólo es transitorio dado que dentro de un tiempo variable (dependiendo de su economía psicológica y variables externas) estará en riesgo que en éste se desencadene una adicción al juego.

JUGADOR PROFESIONAL

Esta persona proyecta y organiza su vida a través del juego de apuestas y a las ganancias o pérdidas que de estas devengan. Lo característico

del jugador profesional es que la relación que establece con ésta actividad no le origina dificultades. Al estar apostando no pierde el control, es calculador, reflexivo y analítico. Se caracteriza por ser una persona distante, con cierta soberbia e indolencia afectiva. La meta para es ganar, no la actividad misma, por lo tanto no utiliza el juego como origen de placer, sino que organiza su tiempo y economía de acuerdo a los ingresos que esta actividad le prodigue. Suele alternar el juego profesional con otra actividad que puede ser saludable y funcional. En su vida personal las relaciones de pareja se presentan frías y distantes, tienen tendencia a someter su organismo a un intenso trajín no obstante este dista mucho de aquel que somete a su cuerpo el jugador adicto. Dentro de la casuística clínica del autor de este artículo, se tienen casos de jugadores profesionales que alternan dicha actividad con un trabajo estable en alguna institución pública u organismo privado utilizando dicho ingreso para cubrir déficits económicos ante lo que denominan «mala racha», no obstante en tanto eso no suceda con su economía, la organizan en base al mayor ingreso.

ADICTO AL JUEGO

Para esta persona la actividad del juego es lo más importante y la relación que establece con éste, está fuera de control. Lo primordial es la actividad misma, la emoción de alegría que en un inicio vivenció al descubrir en el juego su pasión y que se mantuvo estable en la euforia, se ha convertido ahora en un sentimiento de angustia cuando esta alejado de dicha actividad. El sentimiento de disforia cuando no esta ejecutando dicha conducta lo acompaña a todas partes y está presente en la hora diaria e inmanente a los objetos que toca y en las imágenes que piensa.

Este tipo de adicto es una persona generalmente inteligente, o en su defecto sumamente hábil, enérgico, con autoestima sobre valorada, competitiva, aunque en juegos de competencia no le agrada perder. Para este adicto, perder es tan importante como ganar. La Actividad adictiva de jugar se mantiene y hasta se intensifica más aún cuando le está perjudicando o está perdiendo grandes cantidades de dinero. Podría decirse que el objetivo o hasta la finalidad del adicto al juego no es obtener grandes cantidades de dinero aunque esto suele ser lo aparentemente reforzante, lo que en verdad es lo reforzante y que lo sume en una disforia descontrolada es el momento de estar jugando, es la ejecución misma de la actividad la que lo atrae, lo que sucederá durante el transcurso de dicha actividad, es la “adrenalina” lo que lo mantiene. Al estar frente a

la actividad de apostar se transforma, al punto que hasta la propia pareja suele desconocerlo. Es una persona que su vida diaria fuera del casino o del juego está orientada a la acción permanente a la actividad constante pero no productiva, es decir a diferencia del jugador profesional que posee control sobre dicha actividad y puede iniciar y mantener una serie de actividades productivas que le otorgan placer, satisfacción o ser remuneradas, en este tipo de sujetos el descontrol se hace evidente, se centra en el juego. Existen circunstancias inclusive que puede iniciar actividades productivas con vehemencia e iniciativa inusitada pero después de un cierto tiempo presenta una pérdida súbita de la pulsión y el mantenimiento de dicha actividad decae, concluyendo en un abandono de la misma.

Posee además poca capacidad de concentración, a diferencia de los momentos cuando está jugando. Manifiesta también ciclos o micro episodios de hiperactividad sexual -si son jugadores varones- emparejándose de manera circunstancial con personas de variado tipo. Y es que en la conquista de una circunstancial pareja o durante la ejecución misma del ínter curso esta el desafío y es que gran cantidad de conductas las tiñen con lo que ellos denominan la "adrenalina" En las mujeres la conducta adictiva al juego es lo más importante y extrañamente o en pocas circunstancias desarrollan una conducta adictiva a las relaciones coitales dual, en cambio pueden desarrollar una dependencia al cigarrillo o medicamentos o presentar micro episodios de descontrol ante la conducta de beber alcohol, lo cual generalmente abandonan, de no poseer una personalidad adictógena. De poseerla, simplemente pueden sustituir dicha conducta por la bebida u otra conducta adictiva (Harbin y Maziar, 1975).

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL ADICTO AL JUEGO

La evolución clínica de esta conducta adictiva presenta generalmente tres episodios los cuales la mayoría de veces no están claramente diferenciados dependiendo de la devastación de las áreas de su personalidad comprometidas en la enfermedad y de los mecanismos de control externo que operen en el medio ambiente en el cual se haya incurso. El deterioro presenta una evolución variable pudiendo ser: rápido, lento o moderado.

EPISODIO INICIAL

El inicio del comportamiento adictivo se efectúa generalmente en lugares de juego, donde el ambiente, la compañía de alguien, la aventura y el logro de la ganancia es lo más atractivo. Al poco tiempo la expectativa del juego, o el imaginarse haciéndolo le causa intensa disforia conduciéndolo a postergar actividades que antes fueron importantes en su vida. Con el continuo juego las actividades programadas que está realizando comienzan a ser descuidadas o simplemente las abandona una vez iniciadas, por que el pensamiento o deseo de jugar le debilita su concentración o reorienta su pulsión hacia otra actividad ahora más atractiva: el juego. Esta etapa inicial generalmente proviene de una secuencia de conductas o hábitos que en algún momento de su vida pasada se convirtieron en obsesivos o se han ejecutado en exceso, actitudes como el comer alimentos azucarados en grandes cantidades, el beber líquidos sin control, la ingesta de ají [sustancias picantes] en las comidas de manera abundante que embota las papilas gustativas, son algunas de las características en este período inicial. Existe en este tipo de adicto una lucha [compulsión] entre lo que presiente se esta descontrolando y el deseo que esta actividad no se le vaya de las manos.

EPISODIO DEL DESCONTROL

Este es denominado también «ciclo de pérdida», o «mala racha». Aquí surgen de manera evidente los problemas derivados de la falta de control sobre la conducta de jugar. El pensamiento circunda en el juego, el dinero, las personas con quienes se juega y la motivación justificada por el interés de jugar para recobrar lo perdido en anteriores oportunidades. Surge angustia cuando se está alejado del juego y disforia cuando se está realizando dicha actividad. Las cantidades que invierte tal vez no puedan ser cuantiosas pero sus ingresos económicos están por debajo de los gastos que realiza contrayendo deudas que se van acumulando hasta hacerse inmanejables. El pensamiento está centrado en los casinos o casas de juego, en los aparatos electrónicos que puede manejar, en la ruleta, etc. A estas alturas de su evolución adictiva ya tiene en su haber un elevado listado de los casinos o casas de juego con las cuales mantiene una deficiente relación y donde le han prohibido el ingreso por las deudas que ha contraído. Es conocido por la gente del «ambiente» (Jugadores Anónimos, 1982).

Una forma que le facilita el ingreso a los casinos es vincularse con jugadores profesionales, sociales, o adictos en la fase inicial o hasta en la fase

de descontrol, los cuales conduce a aquellos centros de juego donde aun mantiene cierta relación empática o amistosa y en los cuales las deudas no son aún muy significativas ni cuantiosas, para que inviertan sus fondos de manera tal que a veces logra congraciarse con los responsables de los casinos y puede retornar por momentos al ambiente. En esta fase es posible que la conducta del fumar tal vez se haya tornado intensa, así como el comer alimentos de elevado contenido de azúcar o carbohidratos. Ahora muestra una conducta callada, distante con sus familiares a quienes rehuye por los problemas económicos que ha generado. Está en la búsqueda permanente de amistades que le puedan proveer de fondos para según él «...recobrar lo perdido...». En esta etapa inclusive puede jugarse el sueldo que aún no ha percibido, (si aún no ha perdido el empleo), las acciones de una empresa o las propiedades de la familia como puede ser su casa, automóvil o lo que pueda tener a la mano bajo la justificación que es una inversión la que está realizando. La aseveración que en algún momento tendrá su «golpe de suerte que le hará terminar la mala racha y le cambiará su vida con cuyas ganancias se levantará y reiniciará nuevamente una nueva etapa en su vida”, es lo que enmarca sus conductas diarias, situación que de lograrse no sería realidad por que si ganara, nuevamente lo reinvertiría y continuaría jugando lo cual le originaría un nuevo descalabro económico.

EPISODIO RESOLUTIVO.

También denominado de desesperación por que, lo más importante es la angustia que le causa el ya no poder jugar, Pone por pretexto o usa por argumento más significativo el necesitar recuperar lo perdido, no tener ya dinero, ni crédito. En verdad lo que más le genera depresión e intenso malestar psicologico es el tener que abandonar esta actividad definitivamente. Algunos de ellos para no alejarse del juego solicitan trabajo en los propios casinos, como jefes de mesa, personal de seguridad u otros oficios similares o en su defecto solicitan vivir en un ambiente del casino para estar en contacto con el y poder “traer clientes”, lo cual algunas veces logran. El aislamiento social es otra de sus características, hay cierto descuido por el vestir y su higiene, intenta buscar otras ocupaciones para procurarse dinero que le permita volver al juego. Los casinos en esta etapa muchas veces le son vedados y el adicto al juego los circunda permanentemente. Las propiedades familiares las ha perdido y si su pareja presenta una conducta adictiva mediante vínculo de pareja y no ha habido una ruptura, se va involucrando paulatinamente en la problemática

que genera su pareja-adicta-al-juego bajo el supuesto que en algún momento cambiará, que aprenderá con la dura experiencia que están viviendo y que ha conducido a la familia a la bancarrota, o que su amor por él/ella lo hará dejar el juego (Melody, 1987). Ante estas circunstancias la familia tiene que mudarse a algún departamento de bajo costo en un barrio popular o a casa que le ofrezca algún miembro de su familia, o mudarse con los padres o algún otro familiar (Forward y Buck, 1991). Existen circunstancias en las cuales los padres o familiares le suelen poner bajo condición para ayudarlos, que la esposa se separe definitivamente del adicto al juego por que de lo contrario le negarían la ayuda. En algunos casos la ruptura conyugal se produce. El adicto se queda solo y ni la familia de procedencia lo acepta o puede ser que le brinda una mínima ayuda pues a ellos también ha desfalcado. La cantidad de suicidios de adictos al juego cuando atraviesan este estado no es significativo por cuanto comienzan a frecuentar otras casas de juego de menor cuantía y de dudosa reputación, hay quienes se inician en el abuso del licor, fantasean y viven de los recuerdos de un pasado que pretenden recobrar en algún momento en base al esperado «golpe de suerte», con el cual envejecen al igual que sus bolsillos lánguidos de espera y de años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amaya, D. (1991). *Las adicciones. Cómo identificarlas. Cómo combatirla*. Ed, América SA. Rep. de Panamá.
- Beaty, M. (1987). *Codependencia no más*. Minneapolis: Harper/Hazelden.
- Cartwright, D. y Zender, A. (1976). *Dinámica de grupos, investigación y teoría*. México: Trillas.
- Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R., Yeager, R. (1990) *Terapia Racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. New York: Desclée de Brouwer.
- Forward, S. y Buck, C. (1991). *Toxic Parents, overcoming their full legacy and reclaiming your life*. Canada: Bantan Books.
- Harbin, H. Y Maziar, H. (1975). *The families of drugs abusers», A literature review*, en Family Process # 14, NY. USA.
- Hoffman, L. (1995). *Desarrollo de la Psicología de Hoy*. New York: McGraw.Hill.
- Jackson, D. (1989). *El asunto de familia, homeostásis*, Minnesota: Homework.

- Jugadores Anónimos (1982). *Pautas para las sesiones de trabajo*. New Jersey: J.A. Kennedy, W. (1982). *Class and Kinship*, New Heaven: American Sociological.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Lindsey, H. y Cohen, L. (1990). *Eating Without fear. A guide to understanding and overcoming Bulimia*, New York: Bantam Books.
- Marcson, R. (1977). *The marriage and assimilation*, New York: Social Forces.
- Shaffer, A. (1979). *Social and Personality*. Los Angeles: Development.
- Vacca, R., Maidana, R. y Samanez, A. (1997). *Psicopatía, adicción a drogas y violencia social*, Lima: Opcion.
- Vacca, R.(1996). *La coadicción y las adicciones no convencionales*. Revista Adicciones.
- Vacca, R.(1997). *Las adicciones a sustancias químicas y las adicciones no convencionales*, Revista del Colegio de Psicólogos del Perú, Ed. CDN, Lima.
- Vacca, R.(1997). *Adicciones atípicas, Primera Reunión Internacional del Sistema Subregional de Información sobre UID y Programas de Capacitación en Prevención, Tratamiento de Drogadicción y Rehabilitación en Argentina, Bolivia, Chile, Perú y Uruguay*. Ed. Opción. Lima.
- Vacca, R.(1995). *Una de las adicciones no convencionales: adicciones de las mujeres a las personas*, Diario Gestión, febrero, Lima.
- Vacca, R. (2001). *Los Padres, Los Hijos y la Pareja del Adicto, de la familia funcional a la disfuncional*, Lima: Editorial Hojas de coca.
- Vacca, R. (2001), *Las drogas, historia, efectos y aspectos psicopatológicos del adicto*” Ed Hojas de coca. Lima Perú.
- Walters, J. y Henley, L. (1980). *Parent child Relationships: A Review, 1970-1979*, Journal of Marriage and than family, Vol 42, No 04.
- Web: <http://adictivas.tripod.com.pe/>, Recuperado 1º de octubre de 2003, en <Conductas Adictivas, Revista Virtual de Adicciones>, Conducta Adictiva al juego y aspectos clínicos.
- Web: <http://nuevasadicciones.tripod.com.ar/> Recuperado 3 de marzo del 2004, en Nuevas adicciones: Revista/Archivo virtual de Adicciones” Conducta adictiva del jugador.

EDUCACIÓN SOCIAL: PLANES DE ESTUDIO Y DROGODEPENDENCIAS

Encarna Bas Peña
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

Nos preguntamos por la presencia de problemas sociales, como los relacionados con las drogas, en los Planes de Estudio de la Diplomatura de Educación Social, implantada en las universidades españolas a partir de 1991. Se trata de una titulación que, con un marcado carácter social, pretende formar a profesionales capacitados para dar respuestas a cuestiones sociales que preocupan a la población.

Como suele ser habitual, primero surgen los problemas sociales, como los derivados del uso indebido de drogas, y, después sus regulaciones políticas, legislativas, jurídicas, administrativas,.. Sabemos que las drogas han estado siempre presentes entre los pueblos, realizando un uso diferente de cada una de ellas según la cultura, pero en la actualidad han adquirido nuevas dimensiones sanitarias, económicas, políticas, sociales, educativas, culturales, etc. que han puesto en marcha una serie de mecanismos de diferente índole, desde los que se trata de reglamentar las nuevas situaciones y de aportar posibles soluciones. Ante la alarma que generan ciertos hechos dramáticos como muertes por sobredosis, inse-

Correspondencia:

Encarna Bas Peña
c/ San Leonardo, 7 - 3D
04001 Almería
e-mail: ebas@um.es

guridad ciudadana, etc., diferentes grupos sociales se movilizaron y se implicaron en la petición de respuestas desde la administración. Paulatinamente, las presiones sociales jugaron un papel importante de concienciación y dinamización, se puso de manifiesto la necesidad de legislar en los diferentes ámbitos sociales, estableciendo un orden normativo y democrático que regulara las nuevas realidades.

El interés de la educación por las cuestiones sociales no es reciente, aunque desde la perspectiva académica de la educación superior, la Pedagogía Social apareció, por vez primera como disciplina, en 1944, en los planes de estudio de la Universidad de Madrid, (Quintana Cabanas, 1997:89). Poco a poco, se ha ido incorporando como materia troncal u obligatoria de los Planes de Estudio de las Licenciaturas de Pedagogía, así como a las diplomaturas de Trabajo Social y de Educación Social. Hoy, la Pedagogía Social es una ciencia que tiene como objeto de estudio la Educación Social (Sáez, 2003, Caride, 2002, Pérez Serrano, 2003, etc.). Finalmente, el Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto (B.O.E. 10/10/1991) regulaba las enseñanzas para la obtención del título de Diplomado en Educación Social, y establecía las bases legislativas respecto a las intervenciones de numerosa personas, que durante años venían realizando unas funciones socioeducativas demandadas por la sociedad, pero sin un reconocimiento legal.

En este trabajo no pretendemos realizar un estudio pormenorizado del mismo, de sus imprecisiones, omisiones o contradicciones. Sólo vamos a analizar las asignaturas, que en su denominación, hacen referencia explícitamente a las drogas en los Planes de Estudio de Educación Social de las Universidades Españolas, tanto públicas como privadas, y, para ello, se va a utilizar la técnica de *Análisis de contenido*. También, indicaremos aquellas materias que desde la perspectiva conceptual y legislativa forma parte como Educación para Salud, Educación Social Especializada... No pretendemos parcelar ni fragmentar el conocimiento porque como indica Morin (2001:18 y 56) "la supremacía de un conocimiento fragmentado según las disciplinas a menudo impide realizar el vínculo entre las partes y las totalidades y debe dar paso a un modo de conocimiento capaz de aprehender los objetos dentro de sus contextos, su complejidad y sus conjuntos... No se trata de abandonar el conocimiento de las partes por el Conocimiento de las totalidades, ni el análisis por la síntesis, se trata de conjugarlos".

I. SOCIEDAD, EDUCACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS EN LA UNIVERSIDAD

De acuerdo con Morin (2001) la educación es la “fuerza del futuro”, pues constituye uno de los instrumentos más poderosos para realizar cambios en nuestros estilos de vida y nuestros comportamientos en la sociedad en la que nos desarrollamos y convivimos, y en la que tienen lugar la toma de decisiones individuales que afectan a los mismos, como es el caso del abuso de drogas. Además, diferentes autores (Mayor Zaragoza, 2001; Delors, 1996; Sáez, 1998, 2003; Romans, Petrus y Trilla, 2000; Becher, 2001; Pérez Serrano, 2003; Zabalza, 2002; Núñez, 2002,...) coinciden en destacar la interrelación entre sociedad y universidad, de forma que ésta de respuesta a las demandas y necesidades de una sociedad dinámica y cambiante, que a la vez, incide sobre la propia universidad y en la formación que imparte. Por ejemplo, se puede comprobar en la implantación de nuevas titulaciones, en la revisión de los planes de estudio, en las investigaciones sobre la relación entre formación universitaria y adecuación al mercado de trabajo, en los planteamientos de la Convergencia Europea en materia de formación universitaria... De acuerdo con Zabalza (2002: 14-15) la Universidad no son sólo las clases que en ella se imparten (aunque puedan tener un papel relevante), ni lo es la organización de las carreras, sino que es un todo complejo en cuyo seno se entrecruzan dimensiones de muy diverso signo (Universidad-política universitaria; materias de curriculum-ciencia, tecnología; Profesores-mundo profesional; estudiantes-mundo del empleo) que interactúan entre sí condicionando cada uno de los aspectos de su funcionamiento interno. Reconoce la presión de factores externos como la legislación sobre la universidad y la adscripción de recursos financieros, que tampoco se producen sin la presión de la “clase universitaria dominante” y sin la aprobación del Parlamento; ambos condicionan su desarrollo e influyen en las materias del curriculum, por el status quo de la ciencia, la tecnología y la cultura en general. Actualmente existe, al menos teóricamente, un interés por los “Títulos de calidad”, por unificarlos y garantizar su calidad en Europa, por definir los requisitos metodológicos, conceptuales, las necesidades y competencias que se deben desarrollar en cada titulación para adaptar la estructura de las carreras al desarrollo actual de la ciencia y la cultura, así como a las demandas sociales y al mundo del trabajo.

La declaración de principios respecto a la relación entre universidad y sociedad se encuentra tanto en la LRU como en la actual Ley Orgánica de Universidades 121/000045, de 26 de diciembre de 2001, que al margen de las controversias suscitadas, establece esta interconexión concretamente en el:

“Artículo. 1. Funciones de la Universidad

1. La Universidad realiza el servicio público de la educación superior mediante la investigación, la docencia y el estudio.
2. Son funciones de la Universidad al servicio de la sociedad:
 - a) La creación, desarrollo, transmisión y crítica de la ciencia, de la técnica y de la cultura.
 - c) La difusión, la valorización y la transferencia del conocimiento al servicio de la cultura, de la calidad de la vida, y del desarrollo económico.
 - d) La difusión del conocimiento y la cultura a través de la extensión universitaria y la formación a lo largo de toda la vida”.

Se recoge de forma explícita la función de la universidad como servicio público mediante la investigación, la docencia y el estudio que conviene relacionar con un problema social como el relacionado con las drogodependencias que afecta de diferentes formas a las personas, a su calidad de vida, al desarrollo cultural, a su formación,.. En este sentido, la UNESCO, desde 1995, se plantea como un objetivo prioritario la *educación para todos durante toda la vida* y considera que será el principal reto que deberá abordar el S. XXI. Una vez más este planteamiento nos remite a los clásicos, Sócrates sostenía el principio de que la educación era asunto de toda la vida. “Esta visión de la educación implica, especialmente la necesidad de redefinir la función de la universidad. Ésta ya no puede funcionar encerrada en sí misma. Tiene que superar el doble síndrome de la fábrica de diplomas y de la torre de marfil, para convertirse, por un lado, en una fuente local de desarrollo, y por otro, en un foco de irradiación cultural... La Universidad del S.XXI será necesariamente ciudadana, y está llamada a desempeñar un papel decisivo en la profundización de la democracia. La universidad debe abrirse asimismo al mundo profesional y tener en cuenta las necesidades reales de la sociedad” (Mayor Zaragoza, 2001:460) tanto en los aspectos económicos-laborales como en los sociales, por lo que la incorporación de materias relacionadas con las drogodependencias en los planes de estudio de Educación Social, constituye una vía para contribuir a dar respuestas educativas a los problemas sociales, mediante el ejercicio laboral de profesionales cualificados.

Se pueden realizar diferentes objeciones respecto a la pertinencia o no de la presencia de estas asignaturas, como por ejemplo: indicar que desde diferentes materias troncales y obligatorias ya se aborda, aunque no aparezca en el título; pero ello, como todos sabemos, va a depender, en gran medida, de la interpretación que realice el profesorado de los descriptores, de su compromiso y formación con este problema, de la forma de concretarlos en el programa de la asignatura, pudiéndose dar el hecho de desarrollar programas diferentes de la misma materia, pero en este momento no vamos a entrar en el análisis de los programas, aunque lo considero una tarea pendiente. También, se puede indicar que se tratan estas cuestiones de forma transversal en muchas de ellas; pero, en realidad, no existe garantía de plantear estos asuntos de forma continua y sistemática en el currículo de Educación Social más allá de las materias que la incluyen en su título, aunque sea unido a otros conceptos, con muchos aspectos que tratar y poco tiempo para apenas abrir algunas ventanas para introducirnos en un mundo complejo y desconocido, en el que se entrecruzan multitud de aspectos conceptuales, ideológicos, culturales, académicos, personales, familiares, etc. No se defiende una formación superespecializada desde la formación inicial, pero sí el plantear su presencia, de la conveniencia de abrir el pensamiento y el corazón a estas cuestiones, de asomarse sencillamente con una mirada crítica y comprometida con un problema, que de una u otra forma, afecta a toda la sociedad, por su relevancia en la convivencia democrática y pacífica, por las consecuencias en las personas, las familias y la comunidad, así como por la declaración de la necesidad de intervenir también desde la educación en contextos familiares, educativos, de alto riesgo, de consumo, marginación, reinserción,.. y porque “el malestar del alma que traduce la toxicomanía no puede curarse con el mero conocimiento” (Mayor Zaragoza, 2001:189).

La relevancia de la educación respecto a las drogodependencias, tanto a escala internacional como nacional, es evidente como se refleja en los datos de diferentes instituciones y organizaciones (Observatorio Europeo sobre Drogas, Directrices y normativas internacionales, Plan Nacional y Planes Autonómicos...), en la observación cotidiana, en las noticias recogidas en los medios de comunicación social, en los debates parlamentarios, en el desarrollo legislativo, en el número de colectivos y departamentos institucionales dedicados a este problema, en el número de investigaciones y estudios hechos desde diferentes disciplinas, en las publicaciones realizadas de diferente índole (literarias, académicas,

sociológicas..). Analizar la situación de las causas y consecuencias relacionadas con las drogodependencias supone enfrentarse con realidades de densidad aplastante como la ausencia de un proyecto de vida, la soledad, discriminación, el rechazo, la exclusión de diferentes formas y contextos, la pérdida de valores, de hábitos de convivencia, del sentido de la vida que gira en torno a procurarse la próxima dosis para lo que todo es válido (prostitución, tráfico, violencia,..)... Aquí esta en juego la dignidad de la persona que como sostiene Pérez Serrano (1998:10) constituye el fundamento de todos los derechos humanos como se manifiesta en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. Ante esta realidad, como ciudadanos responsables y comprometidos con los principios éticos del desarrollo humano, es imposible permanecer ciegos, sordos, mudos y quietos, pero tampoco se puede omitir como profesionales de la educación universitaria, porque se cuenta con un instrumento de liberación (Freire, 1976), como es la educación, para contribuir a eliminar las discriminaciones. Porque, la finalidad de la educación no puede ser el crecimiento económico, sino el desarrollo humano, una educación que nos ayude a comprender la realidad social, y la educación social tendrá un especial protagonismo en hacer realidad la utopía de la cohesión social (Petrus, 1997:37), que queda en entredicho como consecuencia de los problemas derivados del abuso de drogas. Por lo que junto a la educación es necesario el desarrollo de políticas que contribuyan a reducir los daños ocasionados por el abuso de drogas y a intervenir para retrasar la edad de inicio y/o evitarlo.

II. EDUCACIÓN SOCIAL COMO TITULACIÓN EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

2.1. FORMACIÓN BÁSICA Y FORMACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA

La Diplomatura de Educación Social constituye una formación de base, inicial, un tronco común, que se ha de completar con la formación a lo largo de toda la vida, para poder responder tanto a las cuestiones de carácter personal como profesional, con objeto de contribuir a reducir la presencia, cada vez más insistente, de personas ubicadas en situación de flotación en la estructura social, que pueblan sus espacios sin encontrar

allí un lugar asignado como expresa Castel (1997:15). Desde su nacimiento, la Educación Social, se ha dirigido a estos colectivos cada vez más amplios por diferentes motivos: precariedad en el empleo, la pérdida del mismo y el paso de una situación de bienestar a otra de inestabilidad total con graves consecuencias personales y familiares, incremento de la longevidad, la permanencia de problemas sociales estructurales, la aparición de nuevas realidades que desembocan en problemas como la inmigración, las drogas, la situación de la mujer, la infancia maltratada,..Los planteamientos de la Convergencia Europea, relativos a dicha titulación, plantea una formación que tenga en cuenta las competencias Transversales (instrumentales, interpersonales, sistémicas) Específicas (conocimientos básicos, profesionales y específicas) que permita a los futuros profesionales intervenir con ciertos criterios de calidad y competencia profesional con objeto de responder a las demandas sociales de forma satisfactoria. La formación, de acuerdo con Sáez (2003: 118-133) constituye una variable fundamental en el proceso de profesionalización de los educadores/as sociales para adecuarla al empleo que llevarán a cabo de acuerdo con la formación recibida; por lo que analiza los modelos de formación vigentes (Tecnoacadémico/Instructivo, relacionado con la desprofesionalización) y el Interpretativo/Reflexivo/Relacional vinculado a la profesionalización, así como el tipo de profesional resultante. Líneas de investigación abiertas y sugerentes para superar la crisis de confianza en el conocimiento profesional expresado tanto durante los procesos formativos como en el mundo laboral y social, porque como afirma Schön (2002:18-33) “en función de nuestra experiencia disciplinar, nuestros roles organizativos, situaciones del pasado, intereses y perspectivas políticas y económicas, nos enfrentamos a las situaciones problemáticas de maneras muy diferentes...

... hay zonas indeterminadas de la práctica –tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores– que escapan a la racionalidad técnica”. Considera que es necesario seguir investigando sobre las competencias que los profesionales de la práctica expertos en el manejo de situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto ponen en juego para resolverlas. Propone, una vez más, interrelacionar teoría y práctica, e integrar en la formación inicial, impartida en los centros universitarios, dichas competencias. Lo cual implicaría tanto la revisión de los Planes de Estudio, cuestión que podría no revestir grandes dificultades, como de los procedimientos conceptuales y metodológicos de los

profesionales que llevan a cabo la formación, que podría convertirse en el talón de Aquiles.

La educación a lo largo de toda la vida, en palabras de Delors (1996:21-22) va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente, y responde a un reto de un mundo que cambia rápidamente,.. nos exige comprender mejor al otro, comprender mejor el mundo. Exigencias de entendimiento mutuo, de diálogo sereno, porque no, de serenidad y de armonía para escuchar activamente las necesidades e inquietudes de un mundo globalizado, bastante consumista, con cierta confusión respecto a los valores humanos, con necesidad en muchos casos de recuperar la identidad,..

2.1. PLANES DE ESTUDIO HOMOLOGADOS

Se aporta una visión cronológica de los mismos que puede ser también bastante sugerente para hacer distintos tipos de análisis, pero entrar en profundidad en ellos es una tarea que excede de nuestras limitadas pretensiones actuales. La Diplomatura de Educación Social se aprueba en España con el Real Decreto 1420/1991, pero su implantación en las Universidades se está llevando a cabo paulatinamente. De acuerdo con los datos de la página web del Ministerio de Educación y Cultura (consultada en mayo-junio de 2004), los primeros planes de estudio datan de 1993, y los últimos del 2002. A continuación los presentamos por orden de antigüedad, de acuerdo con el B.O.E., no incluimos, en este apartado, las fechas de posteriores revisiones de los mismos. Aunque han sido estos últimos los que han constituido el cuerpo de nuestro estudio.

B.O.E.	UNIVERSIDAD
22/01/93	Autónoma de Barcelona
12//02/93	Barcelona
08/06/93	Complutense de Madrid (F. Educación y H.- C.E. Don Bosco)
13/07/93	Lleida
23/07/93	Burgos
27/10/93	Pontificia de Salamanca
22/02/94	Ramón Llull (Barcelona)
21/10/94	Salamanca
26/01/95	Santiago de Compostela
19/01/96	Coruña
11/03/96	Valladolid (Valladolid y Palencia)

03/02/97	Valencia
06/03/97	Valladolid (Palencia)
21/04/98	Islas Baleares
03/09/98	San Juan Bautista de la Salle (U. Autónoma de Madrid)
06/10/98	Castilla La Mancha
04/11/98	Las Palmas de Gran Canaria
15/01/99	Extremadura
14/05/99	País Vasco (Bilbao y S. Sebastián)
19/08/99	Deusto
27/10/99	Padre Enrique de Osso (U. Oviedo)
12/11/99	Girona
09/02/00	U.N.E.D.
04/08/00	Vic
22/08/00	Vigo
30/11/00	Alcalá de Henares
12/12/00	Murcia
23/02/01	Rovira y Virgili (Tarragona)
27/08/02	Huelva
2002	Pablo de Olavide (Sevilla).
2002	Málaga

Los análisis e interpretaciones posibles sobre la incorporación de estos planes de estudio en las diferentes universidades, podrían ser numerosos y diversos, desde la sensibilidad y compromiso de los profesionales de la universidad en los diferentes puestos docentes y de gobierno, a las demandas sociales, a los intereses personales, económicos, académicos, de prestigio y reconocimiento, etc., por lo que resultaría de gran utilidad hacer referencia tanto a motivos internos como externos en su implantación, o en su no incorporación. Becher (2001:179-187) manifiesta que “el modelo de compromiso de los académicos con las cuestiones sociales y con las políticas exteriores al mundo académico surge, en parte, de sus preocupaciones personales y profesionales, pero, comparativamente, en gran medida de consideraciones externas”, prestigio, financiación económica, etc. Aunque surgen campos de investigación alrededor de nuevas realidades sociales, de necesidades de bienestar o de discursos ideológicos de la sociedad como, por ejemplo, las cuestiones relacionadas con la paz y los conflictos, el medio ambiente, las drogodependencias, la inmigración, la situación de la mujer..., sin embargo, no siempre se tienen en

cuenta en el ámbito académico, y al tener que ajustarse a las definiciones de las corporaciones financieras y administrativas externas, se corre el riesgo de encapsularse y perder la capacidad de interrelación con las demandas de la población. Así, estas cuestiones sociales, con frecuencia, no se abordan desde la formación básica y se posponen para la formación de postgrado, que también es necesaria.

Como se ha indicado, se trata de analizar la presencia de asignaturas relacionadas con las drogas en sus Planes de Estudio porque la "Educación Social atiende a la producción de efectos de inclusión social, cultural y económica, al dotar a los sujetos de los recursos pertinentes para resolver los desafíos del momento histórico" (Núñez, 2001), pero podríamos encontrarnos con cierta contradicción si relacionáramos los centros en los que se imparte la Diplomatura y la realidad social de las drogas en esa zona. ¿A quién corresponde la formación de profesionales para intervenir desde la educación en diferentes contextos?, ¿cuándo, dónde y cómo se forman?, ¿se perpetua la autoformación como única vía de formación?, ¿es suficiente con una formación teórica generalista para intervenir en drogodependencias?, ¿se investiga desde la universidad sobre las competencias que los profesionales de la práctica ponen en juego para resolver las situaciones de incertidumbre y conflicto con las que se encuentran? o ¿sobre qué competencias se requieren para intervenir en prevención, tratamiento reinserción?, ¿son las mismas o existen diferencias?...

III. DROGODEPENDENCIAS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE EDUCACIÓN SOCIAL

Sin pretender convertir esta cuestión en el eje de la formación porque sería improcedente e inadecuado, no obstante debido a que las drogodependencias son el resultado conflictivo de la interrelación entre sujeto-sustancia-contexto, con toda la amplitud y complejidad que ello conlleva por la multitud de aspectos que intervienen, si consideramos pertinente su presencia. No nos planteamos si existe una omisión o exclusión voluntaria de un asunto que incide en nuestra convivencia de diferentes formas y perspectivas: económica, demográfica, política, educativa, social, cultural. O, si una vez más, la distancia entre las torres de cristal universitarias y las cuestiones sociales candentes siguen caminos desconocidos, a pesar de las grandes declaraciones de intenciones. Lo cierto es la distancia entre las nuevas realidades sociales, como las drogodependencias, que su-

pusieron a mediados de los noventa (González de Audicana y otros, 2003: 358), un nuevo rebrote en el incremento del consumo y su escasa presencia en el currículum de una diplomatura tan nueva y necesaria, que se empieza a implantar en esa época, para dar respuestas a las necesidades y demandas sociales, apoyando, a través de las intervenciones educativas, la recuperación de valores perdidos como la confianza en uno mismo, la seguridad en la realización de las tareas, la capacidad de relacionarse con los otros, el nivel de autoestima sin dependencias o agresividades... y , que a su vez, pretende promover alternativas que permitan, mediante el trabajo conjunto y solidario, la consecución de mejoras tanto en procesos individuales como comunitarios, lo que plantea la necesidad de un estilo de profesional impulsor del cambio social, con capacidad para integrar el pensamiento crítico con la práctica diaria (Romans, Petrus, Trilla, 2000:174-200). Profesionales cualificados para impulsar cambios en los estilos de vida consumistas y acríticos, profesionales reflexivos a los que en su proceso de formación inicial y permanente se les capacite para tomar decisiones adecuadas y satisfactorias para resolver las situaciones complejas que se presentan con frecuencia en las relaciones personales y profesionales.

Si somos coherentes con el consenso respecto a la necesidad de interrelación entre la universidad y la realidad social, se debería de haber incluido estos temas en los planes de estudio, bien desde su primera elaboración, o en las sucesivas modificaciones que han experimentado con objeto de poder cumplir el objetivo de la Educación Social de intervenir educativamente en los diferentes sectores y ámbitos sociales para procurar mejoras en las personas, en los grupos y en los contextos en los que se desarrollan.

IV. PROCEDIMIENTO

Con objeto de estudiar los Planes de Estudio de la Diplomatura de Educación Social de las universidades españolas, tanto públicas como privadas, se ha utilizado la técnica de *Análisis de Contenido*, que corresponde a los métodos de investigación social interesados ante todo en las acciones humanas.

La técnica utilizada: "*Análisis de contenido*", centra su búsqueda en los vocablos que configuran el contenido de las comunicaciones y se incardina dentro de la lógica de la comunicación interhumana. Pretende descubrir los componentes básicos de un fenómeno determinado extrayéndolos

de su contenido dado. Implica la verificación de las hipótesis, el poder hacer inferencias sobre las características del texto, las causas o antecedentes del mensaje y los efectos de la comunicación (Pérez Serrano, 1984:55-67). Se pueden diferenciar, de acuerdo con Anguera Argilaga (1991:359), dos grandes líneas en el análisis de contenido. La americana (Lazarssfeld, 1972) empírica, y la europea (Krippendorff, 1981) filosófica, defiende pasar del análisis de contenido manifiesto al latente. El *Análisis de contenido* se utiliza para la descripción de las características de mensajes verbales con el fin de formular inferencias a partir del contenido de los mensajes verbales... Fox (1981:709-710) lo define como una técnica de análisis de datos cualitativos que se utiliza con tres finalidades básicas en investigación: el análisis concreto del contenido semántico; el análisis del tono comunicado, y hacer deducciones acerca de las intenciones de la fuente. La incluye entre las técnicas para analizar datos cualitativos. En este sentido, Serrano Pastor (1999:33) lo considera como uno de los procedimientos analítico teórico y metodológico que, con diferentes planteamientos, han tratado de dar respuesta a la compleja tarea de analizar de una forma sistemática el material cualitativo de la investigación. El *Análisis de contenido* no se centra en la conducta de las personas sino en el producto de esa conducta, como son los escritos y las palabras. La diferencia entre el *Análisis de Contenido* y otras técnicas de análisis textual según Navarro (1995:179) es que a veces no se enfatiza lo suficiente el hecho de que cuando se habla de "contenido" de un texto a lo que en realidad se está aludiendo no es al texto mismo sino a algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo, como instrumento. Desde este punto de vista, el contenido de un texto no estaría localizado dentro del mismo, sino fuera, en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido.

Se ha realizado una revisión de la presencia de esta Diplomatura en todas las Universidades, para hacer esta búsqueda y obtener los Planes de Estudio se han utilizado diferentes vías: Internet, mediante diversos servidores, la página web del Consejo de Coordinación Universitaria, las páginas web de las propias universidades, para conseguir la totalidad de los datos que precisábamos, verificando la veracidad de los mismos y/o completándolos; pues, nos hemos encontrado que existen diferencias de unas fuentes a otras porque los datos, en ocasiones, no están actualizados o no están disponibles, como en el caso de asignaturas optativas, o incluso algunos planes de estudios. Para completar la información que precisábamos, hemos recurrido a la comunicación telefónica, los e-mail, el fax y el correo postal.

Se ha podido comprobar la diversidad de aspectos diferentes entre estos planes de estudio tanto relacionadas con los aspectos informativos (salidas profesionales, idioma utilizado en la información, enlaces con otras carreras,..) como con los estrictamente académicos (nº. de créditos totales, obligatorios, optativos,..; la variedad de asignaturas obligatorias y optativas, etc.), pero estas cuestiones serían objeto de otra investigación.

4.1. FASES SEGUIDAS:

Partimos de la hipótesis de que apenas existen en el curriculum ordinario asignaturas que aborden las drogodependencias de forma explícita y sistemática. Pretendemos conocer la presencia de los aspectos relacionados con ella en los Planes de Estudio de Educación Social de las Universidades españolas, así como el carácter de las mismas: troncal, obligatoria, optativa.

Hemos utilizado las unidades de análisis de contenido con base gramatical, constituida por los títulos de las asignaturas. Se han seleccionado todas las asignaturas que hacían referencia a drogas-drogodependencias (Pedagogía de la drogadicción, Programas de Rehabilitación en drogodependencias, Intervención Educativa en Drogodependencias, etc.).

Se han determinado las siguientes categorías:

- a) Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias
- b) Drogas y educación
- c) Otros

En la formación de categorías se ha tenido en cuenta la fiabilidad, validez, homogeneidad, inclusión, exclusión mutua, claridad y concreción. Para obtener la fiabilidad tres codificadores aplicaron las mismas instrucciones de registro a los mismos datos, pero de forma independiente, y no se obtuvieron diferencias.

Las variables han sido: Universidades españolas en las que se ha implantado la Diplomatura de Educación Social. Cronología: fecha del actual Plan de Estudios. Tipo de asignatura: Troncal, Obligatoria, Optativa. Relevancia: nº. de créditos asignados (relevante, media, mínima), que además estaría relacionada con el tipo de materia. Forma de presentación: Sola o unida a otros conceptos, materias. Perspectiva científica del tema.

V. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

La Diplomatura de Educación Social se ha aprobado en 34 centros, correspondientes a 31 Universidades. La U. Complutense de Madrid

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS			
Fecha Plan Est. 2000	Universidad Autónoma de Madrid (La Salle)	Asignatura	Créd
2000	Complutense de Madrid (Don Bosco)	<i>Prevención y Tratamiento de Drogodependencias</i>	5
2000	Murcia	<i>Prevención y Tratamiento Educativo las Drogodependencias</i>	4,5
2002	Rovira i Virgili	<i>Intervención Educativa para la Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias</i>	4,5
		<i>Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias</i>	4,5
		DROGAS Y EDUCACIÓN	
1993 revisado 1998	Barcelona Castilla-La Mancha (Talavera de la Reina)	<i>Drogas y Educación</i>	6
1997 Vigente	Islas Baleares Gran Canaria	<i>Drogas y Educación Pedagogía de la Drogadicción Intervención Educativa en Drogodependencias</i>	4,5 4,5
1999	Oviedo	<i>Prevención e Intervención en Drogodependencias</i>	6
Vigente	Salamanca	<i>Prevención e Intervención en Drogodependencias</i>	6
		OTROS	
1998	Extremadura	<i>Programas de Rehabilitación en Drogodependencias</i>	4,5
2002 Vigente	Málaga Vic	<i>Acción socioeducativa con drogodependientes Educación para la Salud. Introducción en Drogodependencias</i>	4,5
			6

cuenta con dos centros, también la U. del País Vasco (Bilbao y San Sebastián), Valladolid (Valladolid y Palencia), Ramón Llull (dos centros) en estas dos últimas universidades, existen diferencias entre los Planes de Estudio de sus respectivos centros, como se puede ver en el cuadro adjunto.

Como se puede comprobar, se imparte en 13 de los 34 centros, en todas ellas es *Optativa*, por lo que su presencia y continuidad en la formación básica es mínima. Tampoco la asignatura "Educación para la Salud" es obligatoria en todos los centros, en algunos no aparece, como se puede comprobar, ni como optativa. Concretamente, se ofrece como optativa en Alcalá de Henares unida al concepto de consumo, Burgos, Castilla-La Mancha, Complutense de Madrid (Don Bosco), Extremadura, País Vasco (San Sebastián) unida al marco comunitario, Salamanca, Santiago de Compostela unida al concepto de consumo, y Sevilla "Pablo de Olavide"; y, sólo aparece como Obligatoria en las universidades de Gran Canaria, Murcia, UNED. Por consiguiente se confirma la escasa presencia de los aspectos relacionados con las drogodependencias en los planes de estudio de esta titulación, bien sea desde una perspectiva específica como desde otra más amplia y general como es el caso de Educación para la Salud, y no entramos en el análisis irrelevante por su nula presencia de materias sobre Educación Social Especializada en la que desde la perspectiva conceptual estaría también integrada.

Su relevancia transcurre por los mismo derroteros, si unimos, además, al tipo de asignatura, el nº. de créditos asignados, solo en dos casos se le asignan 5 créditos y en cuatro universidades 6 créditos; si además, tenemos en cuenta la amplitud de aspectos que abordan, podría dar la sensación de enunciar todo para no abarcar prácticamente nada, o de dejar el campo tan abierto a la libre interpretación que en unos casos la formación recibida en una materia, que tiene la misma denominación que otra, pero de diferente universidad, podría ser completamente diferente. Respecto a la forma de presentación, se puede comprobar que en cuatro centros aparece vinculada a la *Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias*, ámbitos de conocimiento tan amplios como imposibles de abordar en tan escaso tiempo; en seis centros, está relacionada con *Drogas y Educación*, y en esta categoría se han incorporado tanto las materias que sólo hacen referencia a la prevención, ya que la OMS la define como metodología educativa, así como las que hacen referencia explícitamente a la educación, pero separada de la dimensión del tratamiento, que se ha incorporado a la primera categoría, por ser los aspectos relevantes la

unión de “prevención y tratamiento”; finalmente, en “Otros” se han incluido las asignaturas que hacían referencia a aspectos concretos como *Programas de Rehabilitación* o muy generales como *Acción socioeducativa con drogodependiente*, y *Educación para la Salud*. *Introducción en Drogodependencias*. La perspectiva científica predominante es la educativa.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Podríamos concluir confirmando la escasa presencia de esta materia en los planes de estudio de la titulación en Educación Social, a pesar de que todos los planes vigentes corresponden con el rebrote del consumo de drogas de mediados de los años noventa, así como con la demanda social de intervención educativa en estos aspectos, que si se tienen en cuenta en otros niveles educativos, como en la LOGSE (1990) y en el desarrollo de los Decretos de Educación Secundaria, pero no así en la formación de los nuevos profesionales en la intervención socioeducativa. Aunque en dichos Planes de Estudios se han realizado modificaciones, sin embargo no han afectado a esta cuestión, por lo que la fecha de los mismos no ha sido una variable relevante en la inclusión o no de los temas relativos a las drogodependencias, bien sea desde una perspectiva específica como desde otra más amplia y general como es el caso de Educación para la Salud. Se pone de manifiesto la distancia entre las declaraciones de intenciones y grandes principios con sus materializaciones en las prácticas reales sobre la interrelación entre universidad y sociedad. Se expresan y legislan pero su aplicación deja mucho que desear, lo que nos lleva a plantear la urgencia de la evaluación entre la teoría y la práctica.

Otro aspecto relevante es la amplitud de aspectos que abordan dichas asignaturas, relacionados tanto con los contenidos específicos de drogodependencias (prevención, tratamiento, reinserción) como con otros más generales como: educación, Educación para la salud. La optatividad es relevante, por lo que sería conveniente investigar la presencia de educadores/as sociales que trabajan en este campo, su formación, su satisfacción respecto a la formación recibida, sus propuestas de mejora, etc, así como la presencia de otros profesionales que sin dicha titulación, sin embargo realizan las funciones que sus corresponderían, la calidad del ejercicio profesional, las competencias requeridas y las adquiridas mediante la formación inicial, las adquiridas durante el ejercicio profesional...

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICA

- Anguera Arcilaga MT. (1991): *Metodología observacional en la investigación Psicológica*. Vol. I. Barcelona: PPU.
- Becher T. (2001): *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*.
- Caride JA (1997). "Acción e intervención comunitaria", en Petrus, *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel.
- Caride JA (2000): *Educación Social y políticas culturales*. Santiago de Compostela: Torculo.
- Caride JA (2002): "La Pedagogía Social en España", en Núñez V. (coord.) *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Casterl R (1997): *Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario*. Barcelona: Paidós
- Delors J (1996): *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana
- Freire P (1976): *El mensaje de Paulo Freire. Teoría y práctica de la liberación*. Madrid: Marsiega.
- Fox D (1981): *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA
- García Rodríguez JA (2000): *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDADF.
- González de Audicana M (2003): "Observaciones en torno al proceso de consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes" en Elzo J. *Drogas y Escuela VI. Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarra 81981- 2002*. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social
- Mayor Zaragoza F (2001): *Un mundo nuevo*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Morin E (2001): *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Navarro P (1995): "Análisis de contenido" en Delgado JM y Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Núñez V (coord.) (2002): *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Pérez Serrano G (1984): *El análisis de contenido de la prensa. La imagen de la Universidad a Distancia*. Madrid: UNED.

- Pérez Serrano G (2003): *“Entrevista realizada por Sáez J”*. Pedagogía Social. (Murcia), 9.
- Pérez Serrano G (2003): *Pedagogía Social~Educación Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- Quintana Cabanas JM (1986): *“La Pedagogía social en el actual contexto de la pedagogía española”*, en Marín Ibáñez R y Pérez Serrano G (Coord.), *La pedagogía social en la universidad. Realidad y prospectiva*. Madrid: UNED.
- Romans M, Petrus A y Trilla J. (2000): *De profesión: educador(a) social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Sáez Carreras J (1998): *“La figura del educador social y el animador sociocultural: Técnicas cualitativas, funciones, profesionalización”*, en Pérez Serrano, G. (Coord.), *Contexto cultural y socioeducativo de la educación social*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Sáez Carreras J (2003): *La profesionalización de los educadores sociales. En busca de la competencia educativa cualificadota*. Madrid: Dykinson
- Serrano Pastor FJ (1999): *“Análisis de relatos”*, en SÁEZ y otros (Coord.) *Cuentos pedagógicos, relatos educativos*. Murcia: Diego Marín.
- Zabalza MA (2002): *La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas*. Madrid: Narcea
- UNESCO (1998): *Conferencia Mundial sobre la Enseñanza Superior*, UNESCO, París, 5-9 de octubre de 1998.
- (1994): *Declaración de la 44ª sesión de la Conferencia internacional de la Educación*.

INVESTIGADORES
NOVELES

ESTEROIDES Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ANABÓLICOS ESTEROIDES Y LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN INDIVIDUOS QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE LA ZONA NORTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Cristina Irigoyen-Coll
Magister en Drogodependencias.
Dirección Nacional de Prevención. Sedronar

RESUMEN

Se diseñó un estudio exploratorio-descriptivo-correlacional con el objetivo de conocer la prevalencia e incidencia del consumo de anabólicos esteroides en la población objeto de estudio, así como la relación entre la percepción del riesgo y el consumo. Se trabajó una muestra de 300 hombres y mujeres de 15 a 45 años distribuidos en 60 puntos muestrales. Se indagaron las razones para el consumo, para la abstención así como para la interrupción del consumo cuando lo hubo. Otras variables fueron: edad, sexo, nivel de educación, edad de inicio en el consumo, tipo de sustancia consumida y vía de administración. Se logró evidencia cuantitativa de los efectos colaterales adversos que producen estas sustancias y se realizó una interpretación cualitativa del fenómeno estudiado.

Palabras clave: anabólicos androgénicos esteroides, furia homicida, riesgo suicida.

Correspondencia:

Cristina Irigoyen
Julián Álvarez, 2736
Buenos Aires - Argentina
Correo-e: prevencion@fibertel.com.ar

ABSTRACT

We have designed an exploratory-descriptive-correlational investigation in order to know the prevalence and the incidence of steroid anabolic consumption within the population object of study. The relation between risk perception and consumption was studied as well. We worked with a sample of 300 men and women of ages 15 to 45 distributed among 60 sampling points. We inquired also about the reasons for consumption, abstinence and interruption of substance use in those who were former consumers. Other variables studied were: age, sex, education level, starting age of consumption, type of substance used and form of administration. We obtained quantitative data of adverse side-effects produced by anabolic steroids and we made a qualitative interpretation of the studied phenomena as well.

Key words: anabolic androgenic steroids, roid rage, suicidal risk.

INTRODUCCIÓN

La preocupación que genera el consumo de sustancias tóxicas por parte de sectores de la sociedad se ve reflejada a menudo en las encuestas epidemiológicas que los distintos países acometen a fin de actualizar la data existente para monitorear el problema en cuestión. Pero el consumo de anabólicos esteroides (AE) no se halla aún registrado en los estudios epidemiológicos del mundo hispanoparlante y el abuso de los mismos viene aumentando a nivel mundial (National Institute on Drug Abuse, NIDA, 1999). Fenómeno que aparece así subregistrado en cada nivel local y disociado de episodios de violencia extrema que algunos de sus consumidores suelen protagonizar.

Es que los anabólicos esteroides androgénicos son la versión sintética de la hormona masculina testosterona. 'Anabólicos' por construir masa muscular, 'esteroides' por su raíz hormonal y 'androgénicos' pues promueven la masculinización. A su vez, forman parte de las 'drogas ergogénicas', o sea, drogas de performance. Promocionados mediáticamente han saltado la valla del deporte de competición para instalarse entre el ciudadano común que, paradójicamente, busca el ejercicio saludable para vivir mejor.

Según 'Anabólicos y Esteroides' del Centro Tirrenia de Chile (2002) un hombre produce entre 2 y 10 miligramos de testosterona al día, a diferencia de la mujer que sólo lo hace en cantidades residuales. Mientras

una dosis normal indicada con fines terapéuticos oscila entre 1 y 5 miligramos diarios, "las dosis utilizadas por los abusadores pueden ser entre 10 y 100 veces mayores a las dosis utilizadas para condiciones médicas" (National Institute on Drug Abuse, NIDA, 1999, 2000).

El consumo de megadosis busca el rápido incremento de la masa muscular así como mayor fortaleza y resistencia al entrenamiento intensivo (NIDA, 1999) y originariamente estuvo circunscrito al ámbito del fisiculturismo. Pero los consumidores suelen desconocer que los AE pueden ocasionar trastornos irreversibles.

Es que a los riesgosos efectos colaterales a nivel cardíaco, músculo-esquelético, sexual, genital, capilar, hepático, renal, se suman los bruscos cambios de humor, los sentimientos de invencibilidad y los celos paranoicos con episodios de violencia extrema ("roid rage" de "steroid rage") que suelen derivar en homicidio por el descontrol impulsivo del sujeto consumidor (Pope, 1990, 2000).

Desconocen también que los AE suelen generar profunda depresión que lleva al suicidio en más de una ocasión. Depresión reactiva al suspender la ingesta pues el cuerpo involuciona a su tamaño inicial. Y así, sin el anclaje que sostenía la autoestima del sujeto, reaparece la dismorfia (alteración subjetiva de su esquema corporal) (Hudson, Olivardia, Pope, 2000) y con ello, su vulnerabilidad. Esto puede disparar el consumo de opioides como se ha probado ya (Pope, 1999) para contrarrestar la depresión o bien la vuelta al consumo de AE con lo cual queda sellado el camino a la adicción.

Es decir, la población parece desconocer que las investigaciones muestran que entre un 2 y un 10 % de los consumidores de anabólicos esteroides puede desarrollar síntomas neuropsiquiátricos francos sin que exista especial predisposición y por razones aún no conocidas (Khalsa, 1990 en Katz & Pope, 1990). En algunos casos, la conducta de ellos los convierte en una amenaza para sí mismos y para el entorno social, llegando a ser condenados penalmente a consecuencia de su comportamiento violento (Conacher & Workman 1989). Tal el caso de la agresión descargada sobre sectores de la juventud por fisiculturistas amateurs -abusadores de AE- que ofician de custodios en lugares de diversión.

Es que si bien estas sustancias tienen indicación médica para casos precisos, la venta masiva que de ellos se hace está dirigida a satisfacer la demanda de quienes -lejos del deporte de competición- los eligen para acceder al cuerpo connotado como ideal dentro de cierto colectivo social.

Esta finalidad cosmética que origina hoy día el empleo de AE, autome-

dicadamente y a discreción, pareciera estar reflejando una baja percepción del riesgo en esta población ya que, por el contrario, la alta percepción del riesgo estaría correlacionada positivamente con la disminución en el consumo de las drogas en cuestión (Moncada, 1971; cit. Becoña, 2002).

El síndrome de abstinencia de los AE cursa con casi los mismos síntomas observados durante su consumo. Es decir, rápidos cambios de humor, conducta violenta, furia y depresión. Además de fatiga, desasosiego, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual y deseos intensos (craving) por volver a consumir. (National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information, NCADI, 1991, 1999).

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue de tipo exploratorio-descriptivo-correlacional. Se eligió una muestra probabilística para poblaciones infinitas pues no existía una base de datos que aunara a los gimnasios de la ciudad. La misma estuvo -al inicio- compuesta por 300 sujetos debiéndose resignar 9 casos por razones de seguridad. La muestra estuvo conformada por personas de ambos sexos entre 15 y 45 años. Las cuotas a cubrir por sexo, tenían en lo posible, que acercarse al 50% en cada uno.

El instrumento fue un cuestionario anónimo y confidencial diseñado a tal fin, administrado por un encuestador y presentado como "parte de una investigación sobre hábitos de los deportistas". Se buscó la manera de evitar un comportamiento defensivo en el entrevistado derivando las preguntas hacia algunos distractores para llegar luego a preguntar sobre las posibles sustancias consumidas.

El cuestionario consta de 47 preguntas divididas en 4 bloques temáticos precedidos por los datos sociodemográficos. Se pensó que la división en bloques facilitaría la aplicación fraccionada si la persona no disponía de tiempo para completar todo el cuestionario al ser abordada por el encuestador antes de entrar al gimnasio, en cuyo caso podía finalizarlo al salir.

Las preguntas fueron, en su mayoría, cerradas con categorías dicotómicas, otras de respuesta múltiple y solo 2 abiertas cuyas respuestas se categorizaron después. El material complementario del cuestionario fueron 2 listas con los nombres de los productos anabólicos esteroides (AE) y anabólicos no esteroides (ANE) de mayor salida en el mercado a efectos de facilitar su identificación. Esto evitó posibles malentendidos dado la profusa cantidad de productos en disponibilidad.

Las variables estudiadas fueron 11, a saber: proporción de consumidores de AE dentro de la población estudiada, edad, sexo, edad de inicio en el consumo, nivel de educación, vía predominante de administración (oral, inyectable), tipo de sustancia más consumida (AE, ANE), razón manifiesta para iniciarse en el consumo de AE, razón para la interrupción del consumo de AE, razón para no consumir AE a pesar de conocerlos y percepción del riesgo.

Las categorías “alta percepción del riesgo” y ‘baja percepción del riesgo’ (P y Q) estuvieron definidas por un índice. Este índice se conformó con los puntajes asignados a cada uno de los 19 ítems -sobre un total de 146 puntos- que constituían el cuarto bloque del cuestionario. Cada ítem era una afirmación que debía responderse ‘verdadero’ o ‘falso’. Algunos de los ítems fueron: Los esteroides causan problemas cardíacos./ Yo pienso que los esteroides son sustancias saludables / .Los esteroides mejoran el ánimo, lo tranquilizan a uno / Pueden llevar a cometer un homicidio, etc. Ateniéndonos al contexto se simplificó la expresión ‘anabólicos esteroides’ por ‘esteroides’ pues resultaba más familiar.

Hubo 10 ítems valorados con 10 puntos, 4 ítems con 4 puntos y 5 ítems valorados con 6 puntos cada uno. Se estipuló que el límite entre alta y baja percepción del riesgo sería 73 puntos. Así, las puntuaciones de 0 a 73 inclusive fueron consideradas pertenecientes a la categoría ‘baja percepción del riesgo’, mientras que las puntuaciones de 74 a 146 correspondieron a la categoría ‘alta percepción del riesgo’.

El instrumento fue aplicado en 60 puntos muestrales entre los gimnasios disponibles en cada uno de los 6 barrios que conforman la zona norte de la ciudad. El criterio de selección para fijar la cantidad de gimnasios fue la proporcionalidad con relación a la densidad de población de cada barrio.

El trabajo de campo estuvo a cargo de 4 encuestadores capacitados para el mismo. Se realizó una prueba piloto previa al trabajo de campo. A cada encuestador se le asignaron 75 encuestas. Cada uno de ellos trabajó en 3 barrios diferentes, enfatizándose el anonimato y la confidencialidad.

Para el estudio de los datos relevados, se utilizó una metodología que permitiera combinar el análisis cuantitativo con el cualitativo. Se aplicó análisis de frecuencias (edad y sexo), análisis de contenido (razones del consumo) y correlación de variables aplicada a la relación entre consumo y percepción del riesgo. Se utilizó como estadístico la diferencia porcentual para medir la co-variación entre las dos variables porque se trata de una relación asimétrica y el cuadro que resulta del cruce de

ambas variables es una doble dicotomía y de nivel ordinal. Para el procesamiento de la información se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 12.0.

RESULTADOS

Se comentan a continuación los resultados obtenidos.

Tabla 1
Prevalencia e incidencia de consumidores
de anabólicos esteroides dentro de la población estudiada

Utilización de Anabólicos Esteroides					
		Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	15	5,2	5,2	5,2
	No	276	94,8	94,8	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla precedente el consumo de anabólicos esteroides (AE) presenta una prevalencia del 5,2 % en el total de la muestra. Por el contrario, la prevalencia del no consumo es de 94,8 %. Se puede considerar que se trata de una prevalencia significativa y dable de tener en cuenta a los fines estratégicos de la prevención.

La gráfica permite visualizar el segmento consumidor dentro de la población objeto de estudio. La prevalencia del consumo de anabólicos esteroides (AE) es de 5,2% en la muestra total. El no consumo es de 94,8%.

Gráfico 1
Prevalencia de consumo de anabólicos esteroides

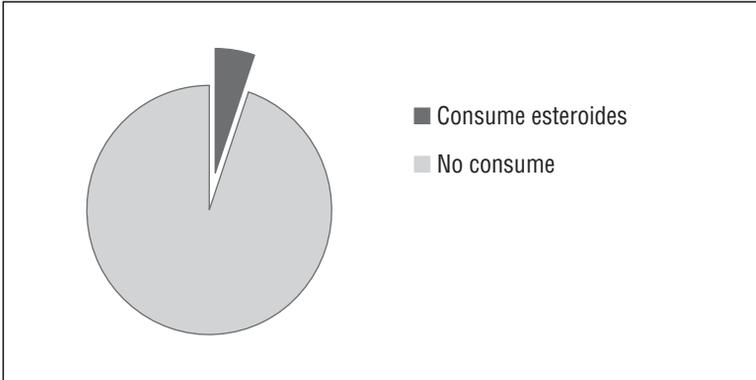


Tabla 2
Prevalencia del consumo de anabólicos esteroides en cada rango de edad

Utilización de Anabólicos Esteroides, según edad							
	Edad						Total
	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 25 a 29 años	de 30 a 34 años	de 35 a 39 años	de 40 a 45 años	
Si	13,3%	26,7%	20,0%	13,3%	26,7%		100%
	4,7%	5,6%	4,4%	4,8%	13,8%		5,2%
No	14,9%	24,6%	23,6%	14,5%	9,1%	13,4%	100%
	95,3%	94,4%	95,6%	95,2%	86,2%	100%	94,8%
Total	14,8%	24,7%	23,4%	14,4%	10,0%	12,7%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La mayor prevalencia (13,8%) en el consumo de anabólicos esteroides se sitúa entre los encuestados de 35 a 39 años. La menor, por el contrario, se ubica entre los 25 y 29 años de edad, siendo del 4,4 %.

En el período de 20 a 24 años el consumo muestra una prevalencia de 5,6% siendo más alto que el de los restantes períodos. Estas personas estarían enfrentando el mundo adulto por primera vez en un plano de igualdad, con la exigencia que ello implica para abrirse paso en la sociedad. Los esteroides aparecerían así, posiblemente, como el “aliado” que les proveería la imagen idealizada al tiempo que –cómplicemente- les permitiría ocultar su fragilidad.

Tabla 3
Prevalencia del consumo de anabólicos esteroides en cada sexo

Utilización de Anabólicos Esteroides, según sexo			
	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Si	73,3%	26,7%	100%
	6,4%	3,3%	5,2%
No	58,0%	42,0%	100%
	93,6%	96,7%	94,8%
Total	58,8%	41,2%	100%
	100%	100%	100%

Se observa que el consumo de anabólicos esteroides es mayor entre los hombres que entre las mujeres. Entre los hombres consume el 6.4% y entre las mujeres consume el 3.3%.

Debido a que las subcategorías de “hombres” y “mujeres” no son homogéneas no puede hacerse otra lectura de los datos obtenidos.

Se observa una concentración de las edades de inicio en el consumo de anabólicos esteroides entre los 21 y los 27 años llegando a una prevalencia de 53,2% en total, al agregar los datos obtenidos para los años 21, 23 26 y 27. El resto de las edades encuestadas presenta una prevalencia del 6,7%.

Tabla 4. Edad de inicio en el consumo de anabólicos esteroides¹

Edad de inicio en el consumo de AE					
		Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Años	15	1	,3	6,7	6,7
	17	1	,3	6,7	13,3
	21	2	,7	13,3	26,7
	23	2	,7	13,3	40,0
	26	2	,7	13,3	53,3
	27	2	,7	13,3	66,7
	30	1	,3	6,7	73,3
	34	1	,3	6,7	80,0
	36	1	,3	6,7	86,7
	37	1	,3	6,7	93,3
	38	1	,3	6,7	100,0
	Total	15	5,2	100,0	
Missing System	276	94,8			
Total	291	100,0			

n = 5,2 % de la muestra total

1 La expresión Missing System que aparece en la tabla 4 se refiere a los "casos faltantes", es decir, aquellos casos de la muestra total que no se incluyen en la variable que se estudia en este caso.

Tabla 5. Prevalencia de consumidores de anabólicos esteroides en cada nivel educativo

Utilización de Anabólicos Esteroides, según escolaridad							
	Escolaridad						Total
	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciaria incompleta	Terciaria completa	Universitaria incompleta	Universitaria completa	
Si	13,3%	53,3%		6,7%	20,0%	6,7%	100%
	10,0%	12,1%		2,6%	3,5%	1,7%	5,2%
No	6,5%	21,0%	7,2%	13,8%	30,1%	21,4%	100%
	90,0%	87,9%	100%	97,4%	96,5%	98,3%	94,8%
Total	6,9%	22,7%	6,9%	13,4%	29,6%	20,6%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Los datos permiten observar que la prevalencia de consumidores es más alta *entre* quienes tienen la secundaria completa (12,1%) que en el resto de los niveles educativos estudiados. Por el contrario, el porcentaje más bajo se halla *entre* quienes tienen el nivel universitario completo (1,7%).

Así mismo se observa que la prevalencia de consumidores entre quienes tienen la secundaria incompleta (10,0%) triplica los valores de quienes poseen el nivel universitario incompleto (3,5%) como educación formal.

Dentro del grupo de personas consumidoras solo se encontró 1 caso de consumo por vía inyectable (0,4 %), el resto manifestó utilizar la vía oral (4,8 %) para su administración. Esto muestra que se busca facilitar el consumo lo cual permitiría suponer que los sprays y geles de testosterona de reciente aparición, pueden llegar a incrementar el abuso de anabólicos esteroides merced a su imagen de supuesta inocuidad y a la simplificada forma de administración.

La prevalencia del consumo de anabólicos esteroides (AE) exclusivo es del 1% pasando al 5,2% al agregarse el 4,2% que consume AE y, además, ANE.

La prevalencia del consumo exclusivo de anabólicos no esteroides (ANE) es de 12,3%.

El 82,5% de la muestra no consume ninguno de las dos categorías de productos pudiéndose erigir -a futuro- en buen soporte de las políticas preventivas.

Tabla 6
Vía predominante de administración de los esteroides
(oral o inyectable)

(n = 5,2% de la muestra total)		
Vía de administración	Casos	Porcentajes
Oral	14	4,8%
Inyectable	1	0,4%
Total	15	5,2%

Tabla 7
Tipo de sustancia más consumida (anabólicos esteroides o anabólicos no esteroides)

Producto consumido	Casos	Porcentajes
A E y ANE	12	4,2
A E únicamente	3	1,0
ANE únicamente	36	12,3
Ningún producto	240	82,5
Total	291	100,0

AE: anabólicos esteroides - ANE: anabólicos no esteroides

Gráfico 2
Tasa de prevalencia del consumo de anabólicos esteroides y anabólicos no esteroides (AE y ANE)

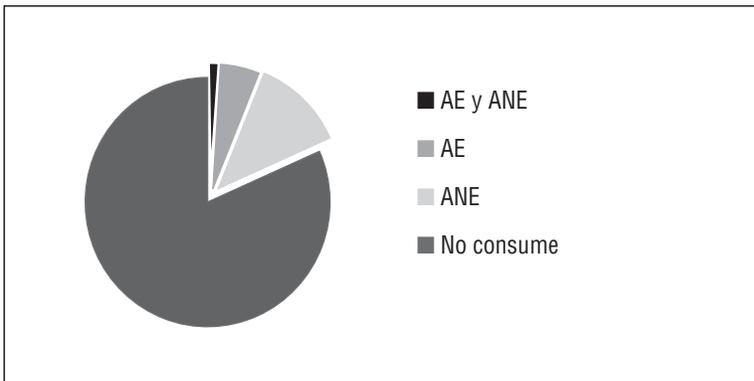


Tabla 8
Razón de inicio en el consumo de anabólicos esteroides
 (n = 5,2% de la muestra total)

Razones manifiestas	Porcentaje
Mayor fuerza, estética y mayor resistencia	35%
Mayor fuerza y mayor resistencia	25%
Razones personales	10%
Mayor resistencia	10%
Mayor fuerza y estética	10%
Complemento de la creatina	5%
Mayor fuerza	5%

Tabla 9
Razón para haber dejado de consumir anabólicos esteroides
 (n = 6,9% de la muestra total)

Razones por las que dejó de consumir Anabólicos Esteroides

		Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No son efectivos	4	1,4	20,0	20,0
	Deje de ir al gimnasio	2	,7	10,0	30,0
	Por indicación médica	2	,7	10,0	40,0
	No lo necesitaba más	6	2,1	30,0	70,0
	Cambian el caracter/Provoca	2	,7	10,0	80,0
	irritabilidad/agresividad				
	Te hace mal/ Te mata	4	1,4	20,0	100,0
	Total	20	6,9	100,0	
Missing	System	271	93,1		
Total		291	100,0		

El consumo de anabólicos esteroides tiene una prevalencia del 5,2% considerando el consumo exclusivo (1%) y el compartido con los anabólicos no esteroides (4,2). La prevalencia del no consumo –para ambos productos- es del 82,5% y para el consumo exclusivo de anabólicos no esteroides es del 12,3 %.

Se observa que diferentes subgrupos de la población consumidora tienen razones múltiples para el uso de anabólicos esteroides. El 35% respondió que busca mayor fuerza, estética y mayor resistencia. El 25%, mayor fuerza y mayor resistencia mientras que la prevalencia del consumo es del 5 % entre quienes solo buscan mayor fuerza así como entre quienes los utilizan como complemento de la creatina.

Solo en dos subgrupos se menciona la estética pero podríamos hipotetizar que quizá sea alguna de las “razones personales” que prevalecen en un 10% y que la deseabilidad social les haya impedido comunicar.

De la tabla 9 se concluye que hay un 6,9% de la muestra total que ha sido consumidor de anabólicos esteroides en el pasado y ha interrumpido el consumo por diferentes razones. Un 30% de la muestra sostuvo “No lo necesitaba más”, un 20% “No son efectivos”, otro 20% “Te hace mal / te mata”, y un 10% “Cambian el carácter / Provocan irritabilidad / Provocan agresividad”. Otro 10% sostuvo “Dejé de ir al gimnasio” como correlato para dejar de consumir AE y el restante 10% dijo haber abandonado el consumo “Por indicación médica”. Es decir, de las 20 personas que han consumido esteroides en el pasado el 30 % ha abandonado el consumo por confrontar los efectos colaterales perjudiciales para la salud y son conscientes de ello.

Tabla 10
Razón del no consumo de anabólicos esteroides pese a conocerlos
 (n = 47,1% de la muestra total)

		Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	No me interesa	53	18,2	38,7	38,7	
	Miedo a las consecuencias/No son naturales	12	4,1	8,8	47,4	
	No conozco sus beneficios	8	2,7	5,8	53,3	
	Estoy bien físicamente/Con el esfuerzo alcanza	45	15,5	32,8	86,1	
	No uso inyectables	1	,3	,7	86,9	
	Son peligrosos/Hacen mal a la salud	5	1,7	3,6	90,5	
	Más adelante tal vez/ Empiezo pronto	9	3,1	6,6	97,1	
	Son sustancias Prohibidas	1	,3	,7	97,8	
	Por falta de dinero	1	,3	,7	98,5	
	No sabe	1	,3	,7	99,3	
	Uso otros productos	1	,3	,7	100,0	
	Total	137	47,1	100,0		
	Missing	System	154	52,9		
	Total		291	100,0		

Como se puede observar, el 47,1% de la muestra total no consume anabólicos esteroides por diversas razones a *pesar de conocer por lo menos uno de ellos*. Difiere así del 94,8 % reflejado en el apartado 1 de resultados (gráfico 1), que incluye a quienes no consumen AE pero tampoco los conocen. Algunas de las razones mencionadas para no consumir fueron: la falta de interés (38,7%), “con el esfuerzo alcanza” (32,8 %), “miedo a

Tabla 11
Relación entre el consumo de anabólicos esteroides
y la baja percepción del riesgo

	Alta percepción de riesgo	Baja percepción de riesgo	Total
Consume	1,1%	4,1%	5,2%
No consume	74,5%	20,3%	94,8%
Total	75,6%	24,4%	100,0%

las consecuencias / no son naturales" (8,8 %) , "son peligrosos / hacen mal a la salud" (3,6 %). Por el contrario, el 6,6% contemplaría consumirlos y el 0,7% aduce no poder hacerlo por falta de dinero.

Los datos obtenidos permiten observar que a medida que baja la percepción del riesgo aumenta el consumo. Así, entre los consumidores (5,2% de la muestra total) el 4,1 % posee baja percepción del riesgo y el 1,1% alta percepción del riesgo.

Entre los no consumidores hay un 74,5% con alta percepción del riesgo y un 20,3%, por el contrario, con baja percepción del riesgo, sector éste en el que se hallan las personas que contemplan consumir (i.e. "El profe. me dirá cuándo", "Empiezo pronto", "Tal vez más adelante"). Es decir, personas en condición de vulnerabilidad.

Los resultados analizados permiten avalar la decisión de realizar el presente como un estudio preliminar sobre un tópico hasta ahora inexplorado académicamente en la región. Y, si bien la relación entre consumo y concurrencia al gimnasio no fue incluida como variable, la existencia de la misma fue reiteradamente explicitada por los encuestados (Tablas 9/10). Este hecho amerita pensar qué estrategias formular a fin de que estos espacios –lejos del mercado negro de esteroides que hoy muchos cobijan– se avengan a cumplir con los criterios de promoción de la salud y defensa de la vida que dicen profesar.

DISCUSIÓN

El análisis cuantitativo de los resultados obtenidos sugiere que el consumo de esteroides está efectivamente instalado en un porcentaje de la población que concurre a los gimnasios de la zona estudiada. Adquiere, de este modo, pertinencia el problema de la eficacia del monitoreo del consumo de anabólicos esteroides entre la población que practica actividades físicas de modo amateur.

Los datos procesados han permitido diferenciar un sector de ex consumidores que ha interrumpido la ingesta por la percepción del riesgo implicado en su utilización. Esto, junto con el resto de datos empíricos obtenidos sobre esta variable en especial, permitiría afirmar -en línea con otras investigaciones- (Moncada, 1997 cit. Becoña, 2002) la relación existente entre percepción del riesgo y menor consumo de la sustancia en cuestión.

Se ha confirmado, pues, que la representación social que se tenga sobre el riesgo implicado en el consumo actúa como predictor del mismo (Basabé y Páez, 1992; Zupiría et. al., 1999 cit. García del Castillo et. al., 2001) a excepción de los casos en que ya se ha instalado la dependencia y la persona consume a pesar de conocer el riesgo (el 1% de los consumidores de la muestra) intentando así evitar la aparición del temido síndrome de abstinencia.

Se ha podido comprobar la hipótesis planteada en el estudio, referida a la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el consumo de anabólicos esteroides y la baja percepción del riesgo. No obstante, las cogniciones asociadas a la percepción del riesgo en esta población, se refieren exclusivamente al plano del daño orgánico que el consumo de AE podría ocasionar. Solo un reducido grupo de consumidores relaciona el consumo de AE con la generación de conductas violentas ("Producen agresividad", "Irritan", "Te aceleran"). Desconocen todos, sin embargo, la relación posible entre consumo de esteroides y episodios de estallidos de violencia extrema -hetero o autoagresiva- factibles de derivar en homicidio o suicidio.

Es decir, ignoran que ciertas investigaciones probaron que - por alguna razón aún no conocida- entre un 2 y un 10 % de quienes abusan de estas sustancias desarrollarán complicaciones de orden neuropsiquiátrico (Khalsa, 1990 en Katz & Pope, 1990). Dato importante ligado a las estrategias de prevención que se pudieran formular.

Los diferentes objetivos propuestos se han cumplido a lo largo del estudio. Su análisis permite inferir la existencia de un patrón decisional adap-

tativo y jerarquizado dirigido a privilegiar el cuerpo como objeto de satisfacción narcisística (Pope, 1999; Katz, 1999) y elemento compensador de la fragilidad y vulnerabilidad vivenciada subjetivamente.

Los datos muestran que la prevalencia del consumo es alta entre quienes tienen el nivel secundario completo de escolaridad y, por el contrario la prevalencia del consumo baja entre quienes han completado la universidad.

El análisis cuantitativo permitió saber, además, que la prevalencia del consumo entre quienes tienen el nivel secundario incompleto triplica los valores de quienes poseen el nivel universitario incompleto como educación formal. Relación entre consumo de esteroides y menor nivel educativo que amerita ser indagada en un universo más extenso a efectos de poderla confirmar.

Con relación al sexo, la evidencia empírica indica que el consumo de esteroides resulta mayor entre los hombres que entre las mujeres de la muestra, confirmando –desde lo cualitativo– que las estrategias de marketing focalizan en el sexo masculino como target predilecto. La impronta biopsicosocial del más fuerte y más resistente de la especie humana pareciera traducirse en campo propicio para la sobreexigencia urgida a fin de no perder su histórico lugar.

Con relación a la motivación explícita del consumo de esteroides los datos empíricos evidencian que dos de las razones más valoradas por los consumidores son el poder adquirir “mayor fuerza” y “mayor resistencia”. Sin embargo, al no representar un sector del deporte profesional, se impone preguntarse contra quién compiten ellos en realidad.

Y si bien la respuesta es multifacética es dable decir –como parte de un análisis cualitativo– que existe un rasgo de base que distintos autores han descripto ya. Y ese rasgo sería la vulnerabilidad (Pope, 1999; Katz, 1999) que parece intentar compensarse con cuerpos modelados con la ayuda de esteroides. Especial significación que habilita persistir en la búsqueda de ese “otro” en quien –la persona– se quiere transmutar. Se estaría compitiendo así –desde la disociación del propio yo– con ese “otro” ser interno que por frágil y anómico se “debe” rechazar. Condición indispensable del narcisismo (Porcerelli, 1996) potenciado que alienta la conducta.

Finalmente, la información cuantitativa refiere, también, que la muestra presenta un alto porcentaje de personas que, aún conociendo los anabólicos esteroides, no los consume. Segmento importante que habría que consolidar y expandir a los fines del modelaje preventivo.

De importancia sería, entonces, poder profundizar en las representaciones sociales de este colectivo especial y en el arraigo que en él puedan tener los discursos del mercado que lo presionan por doquier. Conducente todo ello a poder formular estrategias preventivas a nivel comunitario que lo alcancen también.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bahrke, M., Yesalis, C. & Wright, J.(1990). *Psychological and Behavioural Effects of Endogenous Testosterone Levels and Anabolic-Androgenic Steroids among Males: A Review*. En *Sports Medicine* 10(5) 303-337. Boston: Adis Intl. Ltd.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. p. 224-226. On-line: Consultado Marzo-Julio, 2004.
- Benson, E. (2002). *More Male Than A Male*. En *Monitor on Psychology*. Washington DC: APA. 33 (9) p.49.
- Conacher, G. y Workman, D. (1989) *Violent Crime Associated With Anabolic Steroid Use*. En *American Journal of Psychiatry*. New York : AJP. 146: 679.
- García del Castillo, J. et. al.(2001). *Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico*. *Salud y drogas*,1(2), 275-286.
- Hudson, J., Olivardia, R., Pope, Jr, (2000). *Dismorfia muscular En Levantadores de pesas hombres*. New York: American Journal of Psychiatry . P.157.
- Katz, D.y Pope, H.Jr. (1990). *Anabolic-Androgenic Steroid-Induced Mental Status Changes*. Maryland:National Institute of Health. 215-220..
- Kashkin, K. y Kleber, H. (1990). *Hooked On Hormones? An Anabolic Steroid Addiction Hypothesis*. En *JAMA, Journal of the American Medical Association*. Chicago: AMA. (15) : 2048-9
- Kochakian, Ch. (1990). *History of Anabolic-Androgenic Steroids*. Maryland: NIDA-NIH. 29-59.
- Nakatani Y. y Udagawa, M. (1995). *Anabolic Steroid Abuse And Mental Disorder. Tokyo Institute of Psychiatry*. Japan: Arukoru Kenkyuto Yakubutsu Ison. (5): 333-47
- NIDA (1995, 1999). *Research Reports*. On line. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/>. Consultado: Febrero, 2004.

- NIDA (2000). *Community Alert Bulletin on Steroid Abuse*. On line. Disponible en: <http://165.112.78.65/pubs/nedaRRpubs.taf?function=form>. Consultado: Febrero, 2004.
- NIDA (2000). *Anabolic Steroid Abuse*. Research Reports Series. Maryland: NCADI. # PHD561.
- Pope, Jr., Kouri, E. & Hudson, M.. (2000) *Effects of Supraphysiologic Doses of Testosterone On Mood and Aggression in Normal Men: A Randomized Controlled Trial*. Archives of General Psychiatry. Virginia: APA. 57(2): 133-140.
- Porcerelli, J.H., Sandler, B. (1995). *Narcissism and Empathy in Steroid Users*. American Journal of Psychiatry. Virginia: APA.152(11): 1672-1674.
- Rogol, A., Paul, M. y Blizzard, R. (1990). *Anabolic-Androgenic Steroids Profoundly Affect Growth at Puberty*. Maryland: National Institute of Health, p.187.
- Tirrenia, Centro de Psicoterapia (2002). *Anabólicos y esteroides*. On line. Disponible en: <http://www.drogas.cl/anabolicos.htm> Consultado: Junio, 2004.
- Wright, J. y Barke, M. (1990). *Psychological Dependence and Withdrawal Effects of Anabolic Steroids*. En Psychological and Behavioural Effects of Endogenous Testosterone Levels and Anabolic-Androgenic Steroids Among Males: A Review. Ohio: Sports Medicine 10(5) 303-337.

ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOESTIMA Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES ADICTOS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Alejandra Cattan
Psiquiatra. Magister en drogodependencia.
Hospital Bernardino Rivadavia

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir, analizar y comparar la autoestima y las habilidades sociales de un grupo de jóvenes, entre 17 y 24 años de edad, consumidores de drogas que se encuentran realizando tratamiento en la comunidad terapéutica Aylén (Argentina). Es una investigación de tipo descriptiva comparativa, con un diseño de diferencias entre grupos (G1, grupo de admisión) y (G2, grupo de reinserción social). La muestra estuvo conformada por 54 sujetos (25 para grupo de admisión y 29 para el grupo de reinserción social). Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Autoestima de Barksdale y la Escala de Habilidades sociales de Goldstein, las cuales fueron adaptadas y validadas para ser aplicadas a la población de estudio. Asimismo, a partir de los procedimientos de validación de estos instrumentos se propusieron para cada uno, nuevos agrupamientos de factores. Los resulta-

Correspondencia:

Alejandra Cattan
Avenida Santa Fe 3910 5º piso
Buenos Aires - 1425
Argentina
e-mail: acattan@fibertel.com.ar

dos mostraron, bajos niveles de autoestima para ambos grupos y entre niveles bajos y normales de habilidades sociales en cada una de las categorías componentes y el total. Finalmente, no se confirmaron las hipótesis de diferencias significativas en los niveles de autoestima y los niveles de habilidades sociales entre los jóvenes en etapa de admisión y los jóvenes en etapa de reinserción social.

Palabras claves: autoestima, habilidades sociales, jóvenes consumidores de drogas, comunidad terapéutica, admisión, reinserción social.

ABSTRACT

The objective of the present investigation is to analyze and compare the social skills and the self-esteem of a group of juveniles between the ages of 17 and 24 years, drug addicts, both under medical treatment in a Community center in Argentina. This is a comparative-descriptive study, with the design of two groups: G1 for admission group and G2 for the reinsertion group. The sample was made of a group of 56 people, 25 for the admission group and 29 for the social reinsertion group. The instruments used were the Goldstein Social Skills Scale and the Self-Esteem Inventory from Barksdale, that were adapted for the use in such case. Also for the use of such instruments, new validation measures were implemented in the selection of the variables. The results showed low levels of self esteem for both groups and between low and normal levels of social skills in each category. Finally, no important differences were founded in the levels of self esteem between the admission group and the social reinsertion period for the juveniles.

Key words: self-esteem, social skills, young drug users, therapeutic community, admission, social reinsertion.

1-INTRODUCCION

En el mundo entero se estima que aproximadamente 185 millones de personas consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en el último año según el informe de Naciones Unidas del 2004, sobre la base de datos aportados por los países entre el 2001 y el 2003. Este nivel de consumo representa el 3% de la población global, y un 4.7% de la población entre 15 y 64 años. La droga de mayor consumo es marihuana, con cerca de

150 millones de consumidores, seguida de anfetaminas con 30 millones, opio con 15 millones y cocaína con 13 millones –el hecho que la suma de estas cifras es mayor de los 185 millones es producto del policonsumo–.

El consumo de drogas en el mundo presenta ciertas particularidades por región y por países. Los mayores niveles de consumo de marihuana se presentan en África Central y del Oeste con una prevalencia de 21.5% en Ghana en el año 1998 y 16.1% en Sierra Leona en 1996. En cuanto al consumo de cocaína, los mayores niveles se han observado en Europa –España, Irlanda y el Reino Unido con cifras entre 2.1 y 2.6%–, en los Estados Unidos con un 2.5% y en la Argentina con un 1.9% (CICAD,2003).

A escala mundial el consumo de drogas en los jóvenes está creciendo considerablemente. Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (2001) refieren que las tendencias mundiales reflejan un aumento general del uso de sustancias ilícitas y adictivas, y un inquietante incremento del uso de drogas entre los sectores más jóvenes de la población. El 5% de las muertes de jóvenes de 15 a 29 años de edad se puede atribuir al uso indebido del alcohol. Una investigación del año 1999 de la Administración de Servicios relacionados con el Consumo de Sustancias Químicas y Salud Mental de los Estados Unidos de América mostró que el uso de drogas ha aumentado en forma gradual pero constante, sobre todo debido al mayor consumo entre jóvenes de 17 y 24 años de edad. La Organización Panamericana de la Salud (1990) confirma esta tendencia entre los jóvenes de todo el mundo y destaca la cada vez más baja edad de iniciación en el uso de drogas.

Por su parte, en la República Argentina se presenta hoy una delicada situación desde el punto de vista sociocultural y económico, escenario que repercute en preocupación, angustia e inseguridad frente al común porvenir como sociedad. La angustia y el malestar generalizado, hace que muchos individuos –especialmente en etapas de cambios importantes y edades donde se deben tomar determinaciones relacionadas con el futuro– elijan caminos equivocados y nocivos, tal como lo constituye el consumo de drogas.

En el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Adictivas en la República Argentina del año 1999 por la Secretaría de Drogas de la Nación (SEDRONAR), se señala que desde hace años existe una preocupación creciente por el problema del uso y abuso de drogas y alcohol. En dicho estudio es extendida la impresión acerca de que el incremento y presencia de estas sustancias están relacionados con diferentes sucesos sociales de grave impacto en la salud pública –desempleo, incertidum-

bre, marginación y exclusión social-. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 1999) existen en la Argentina 12.9 millones de jóvenes menores de 18 años, de los cuales la mitad vive en hogares pobres. De ellos, casi 3 millones, son indigentes.

Se entiende a la drogodependencia como un fenómeno complejo, porque tanto en su inicio como en su mantenimiento confluyen factores personales, familiares, relacionales, educativos, laborales, sociales, económicos, culturales y políticos. La complejidad de los factores que inciden en la problemática del consumo de drogas hace necesario un marco conceptual que enmarque y proporcione una visión global de los distintos factores y de los niveles que inciden y condicionan el comportamiento y que posibiliten al mismo tiempo un marco de referencia al que ajustar la intervención. Entre los factores personales se debe considerar a las habilidades sociales y la autoestima.

Se considera la existencia de una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerables a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias psicoactivas. Características tales como: inconformismo, baja motivación para el rendimiento académico, tendencias antisociales tempranas en forma de agresividad y/o delincuencia, son de destacar. Si bien no existe una personalidad propia del drogodependiente, en general se acepta que, aquellos individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata y que carecen de habilidades sociales para la vida y para las demandas de la sociedad, son personas claramente identificables como de alto riesgo (Sánchez Moro, Aguilar, Jiménez y Castanyer, 1998). Por lo general, presentan un retraso en su desarrollo personal, con bajo nivel de autocontrol emocional, baja autoestima y pobre autoconfianza.

Ahora bien, al conceptualizar las drogodependencias y para tener una comprensión más acabada del fenómeno, no sólo debemos tener en cuenta las particulares de personalidad del drogodependiente, sino que resultan importantes también las características socioculturales de nuestra sociedad actual en la que se están socializando los jóvenes.

Tal como sostiene Sánchez (2002), algunos de los valores y actitudes vitales que están definiendo a parte de los jóvenes del milenio son señalados como factores propiciadores del consumo de sustancias. Entre ellos cabe destacar:

1. Perspectivas de futuro negativas: dado por la prolongación del período de emancipación e independencia. En ese contexto el consumo

de drogas recreativas, fundamentalmente en el fin de semana, se transforma en algunos casos en la válvula de escape de buena parte de sus frustraciones cotidianas y salida de la apatía persona.

2. La impulsividad: los jóvenes socializados en esta cultura se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato, de la emoción. de aquello que estimule sus sentidos (Laespada y Pallares, 2001).
3. El individualismo y la desintegración social: muchos de los nuevos patrones de consumo de drogas recreativas se utilizan como ritos de búsqueda de relaciones y socialización entre los propios jóvenes, y son un instrumento para favorecer las relaciones personales y la fusión grupal (Fundación de Ayuda contra la drogadicción, 2000).
4. Bajo nivel de tolerancia a la frustración: se prioriza la satisfacción inmediata y la posibilidad de postergación del deseo aparece como una dificultad.
5. Problemas de integración social: existe un sin número de jóvenes que se encuentran estado de marginalidad y exclusión social, debido a que no acceden a una adecuada educación con futuras posibilidades de inclusión en el mercado laboral-productivo.
6. El presentismo: una parte considerable de los jóvenes actuales están marcados por el vivir el aquí y el ahora; puesto que el futuro se les presenta un tanto incierto y no se sienten motivados para el estudio o el trabajo optan por el vivir día a día.

Entre la gente joven, aspectos tan importantes como la vida afectiva y la forma en que ésta se ve alterada con la drogodependencia –quizás de forma irreversible– no ha sido objeto de trabajos en profundidad (Aguilar de Arcos, Pérez García y Sánchez Barrera, 2002). Esta carencia de investigaciones en el área de la vida afectiva y de los sentimientos en los drogodependientes hace que los clínicos perciban este gran vacío, que posiblemente no justifique por sí sólo el fracaso terapéutico, pero que sin duda ayudará a explicarlo

Las preguntas que rigieron la presente investigación fueron:

¿Cuáles son los niveles de autoestima y de habilidades sociales de 2 grupos de jóvenes –admisión y reinserción social– de la comunidad terapéutica Aylén, en Argentina?

¿Existen diferencias entre los resultados obtenidos en el nivel de autoestima y habilidades sociales de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión y los obtenidos en la etapa de reinserción social?

2-OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es conocer y analizar los niveles de autoestima y de habilidades sociales de dos grupos de jóvenes –admisión y reinserción social– de la Comunidad Terapéutica Aylén, en Argentina, así como determinar las diferencias que existen entre los resultados obtenidos en el nivel de autoestima y habilidades sociales de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión y los obtenidos en la etapa de reinserción social. Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- (1) Identificar y analizar el nivel de autoestima de los jóvenes de la comunidad terapéutica Aylén-Argentina que se encuentran en la etapa de admisión.
- (2) Identificar y analizar el nivel de autoestima de los jóvenes de la Comunidad Terapéutica Aylén-Argentina que se encuentran en la etapa de reinserción social.
- (3) Identificar y analizar el nivel de habilidades sociales en cada una de sus dimensiones: habilidades sociales no confrontadoras, sociales primarias sentimentales, relacionadas con el equilibrio emocional, habilidades sociales no confrontadoras sentimentales, habilidades sociales racionales, habilidades sociales racionales no confrontadoras de los jóvenes de la Comunidad Terapéutica Aylén- Argentina, que se encuentren en la etapa de admisión.
- (4) Identificar y analizar el nivel de habilidades sociales en cada una de sus dimensiones: habilidades sociales no confrontadoras, sociales primarias sentimentales, relacionadas con el equilibrio emocional, habilidades sociales no confrontadoras sentimentales, habilidades sociales racionales , habilidades sociales racionales no confrontadoras de los jóvenes de la Comunidad Terapéutica Aylén- Argentina, que se encuentren en la etapa de reinserción social.
- (5) Hallar las diferencias entre los resultados obtenidos en el nivel de autoestima de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión y los obtenidos en la etapa de reinserción social.
- (6) Hallar las diferencias entre los resultados obtenidos en el nivel de habilidades sociales de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión y los obtenidos en la etapa de reinserción social.

3-MATERIAL Y METODO

MUESTRA

La muestra se compone de 54 jóvenes consumidores sistemáticos de drogas ilícitas de 17 a 24 años de edad, residentes en gran Buenos Aires y zonas de influencia, que se encuentran concurrendo a la comunidad terapéutica Aylén. El número total de jóvenes dentro de la comunidad, en el momento de llevarse a cabo esta investigación, ascendía a 70.

La muestra fue seleccionada de manera intencional y en base a criterios predeterminados: 2 grupos de jóvenes, de ambos sexos, entre 17 y 24 años de edad, consumidores sistemáticos de sustancias ilícitas, los cuales pertenecen a la Comunidad Terapéutica Aylén, tal como sigue:

Grupo 1: 25 jóvenes que se encontraban en tratamiento en la etapa de admisión.

Grupo 2: 29 jóvenes que se encontraban realizando tratamiento en etapa de reinserción social.

Los criterios de Inclusión fueron:

- Que tuvieran entre 17 y 24 años
- Que fueran consumidores sistemáticos de sustancias
- Que se encontraran en tratamiento en Comunidad terapéutica Aylén.

Los criterios de Exclusión fueron:

- Presentar enfermedad psicótica, previa a la iniciación en el consumo, o enfermedad orgánica.

INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se utilizó el Inventario de Autoestima de Barksdale y la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein (1997), las cuales fueron adaptadas y validadas en el presente estudio para la población Argentina. Ambos presentan dos características fundamentales: son autoadministrables y guardan el anonimato. El Inventario de Autoestima fue diseñado por Barksdale en California en el año 1978 y fue traducido y adaptado al español por Navas-Robleto en Puerto Rico en 1987. Está compuesto por 50 ítems y su tiempo de aplicación es de 20 minutos. Se puede aplicar de manera individual o colectiva a sujetos de 12 años en adelante.

Los ítems mencionados se presentan en una escala de 0 a 2 de la siguiente manera:

- 0 nunca
- 1 a veces
- 2 siempre

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales fue construida por Goldstein en Nueva York el año 1978. Los ítems derivan de distintos estudios psicológicos que suministraron información acerca de cuáles son las conductas acertadas que hacen que los sujetos se desenvuelvan correctamente en la escuela, casa, con los compañeros, en la universidad, etc.

Los objetivos de la prueba son:

- a. Determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales.
- b. Identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales.
- c. Evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social.

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales permite obtener información precisa y específica sobre el nivel de habilidades sociales de un sujeto. Está compuesta por un total de 50 ítems, agrupados en 6 áreas: primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. Los objetivos de la prueba son:

Determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales, identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales y evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social.

Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos y se puede aplicar de manera individual o colectiva a sujetos de 12 años en adelante.

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de octubre y noviembre de 2004. Los datos fueron analizados con SPSS 11.5

4-RESULTADOS

Atendiendo a los objetivos propuestos, los resultados de la investigación fueron los que a continuación se detallan.

Con la finalidad de responder al objetivo 1 del estudio (autoestima en los jóvenes de la comunidad terapéutica Aylén que se encuentran en la etapa de admisión) se calcularon las medidas de tendencia central media, mediana y moda, correspondientes a las puntuaciones directas del Inventario de Autoestima para el grupo de jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión.

Los resultados al ser comparados con la tabla de percentiles elaborada a partir de la aplicación del instrumento a un grupo normal para la respectiva interpretación, mostró que la media alcanzada por este grupo es igual a 17.90, lo cual equivale a un Pc 25, el mismo que corresponde a un bajo nivel de autoestima. Por su parte, la mediana es igual a 17 y la moda igual a 20, equivalen al Pc 25 y Pc 30 respectivamente, oscilando igualmente entre niveles bajos de autoestima. Por lo tanto, queda claro que los jóvenes en etapa de admisión ingresan con niveles bajos de autoestima.

Por su parte, la desviación estándar de 4.71 indica que la variabilidad está entre 22,61 y 13,19. Asimismo, el rango de los valores mínimos y máximos alcanzados iguales a 10 y 29 respectivamente, indican gran dispersión en los datos mostrando un grupo heterogéneo.

Tabla 1. Niveles de Autoestima, según grupo de admisión

	Grupo 1: Admisión
Media	17.90
Mediana	17.00
Moda	20
Desviación estándar	4.71
Valor mínimo	10
Valor máximo	29

Asimismo, con la finalidad de responder al objetivo 2 del estudio (autoestima en los jóvenes de la comunidad terapéutica Aylén –Argentina que se encuentran en la etapa de reinserción social) también se calcularon las medidas de tendencia central correspondientes a las puntuaciones directas del Inventario de Autoestima para el grupo de jóvenes que se encuentran en la etapa de reinserción social.

Estos resultados al ser comparados también con la tabla de Percentiles del grupo normal para la respectiva interpretación, mostraron que la media alcanzada por este grupo igual 18.86 equivale a un Pc 30, lo cual corresponde a un bajo nivel de autoestima. Por su parte, la mediana igual a 18 y la moda igual a 17, equivalen al Pc 30 y Pc 25 respectivamente, oscilando igualmente entre niveles bajos de autoestima. Esto quiere decir que los jóvenes en etapa de reinserción social siguen presentando niveles bajos de autoestima.

Por otra parte, la desviación estándar de 4.78 indica que la variabilidad está entre 23,64 y 14,08. Mientras que el rango de los valores mínimos y máximos alcanzados iguales a 9 y 27 respectivamente, también indican gran dispersión en los datos mostrando un grupo heterogéneo.

Para responder al objetivo 3 del estudio (Habilidades Sociales en los jóvenes de la comunidad terapéutica Aylén-Argentina que se encuentran en la etapa de admisión) se calcularon las medidas de tendencia central correspondientes a las puntuaciones directas del Inventario de Habilidades Sociales, para el grupo que se encuentra en la etapa de admisión.

En primer lugar, al comparar los resultados obtenidos por este grupo en la escala total de habilidades sociales, con los resultados de la tabla de percentiles respectiva a un grupo normal, se pudo observar como la media y la mediana es igual 43.50, lo cual equivale a un Pc entre 30 y 40, es decir, al límite inferior de un nivel normal de habilidades sociales. Por su parte, la moda igual a 41, equivale alrededor de un Pc 20, lo cual indica niveles bajos de habilidades sociales. Es decir, los jóvenes en esta etapa de admisión, en promedio poseen niveles normales de habilidades sociales, pero en términos de frecuencia, la mayor parte presenta niveles bajos.

Por su parte, la desviación estándar de 3.53 indica que la variabilidad está entre 40 y 47. Mientras que el rango de los valores mínimos y máximos alcanzados iguales a 41 y 46 respectivamente, muestran a éstos jóvenes del grupo de admisión, como más homogéneo.

Tabla 2. Niveles de Autoestima, según grupo de reinserción social

Grupo 2: Reinserción	
Media	18.86
Mediana	18.00
Moda	17
Desviación estándar	4.78
Valor mínimo	9
Valor máximo	27

Tabla 3. Inventario de Habilidades Sociales. Valores de tendencia central según grupo admisión

	HS Total	HS no confr.	HS primario/sent.	HS equil. emoc.	HS no confr./sent.	HS racional	HS racional /no confr.
Media	43.5000	7,00	7,6818	7,0000	6,0435	6,333	6,6667
Mediana	43.5000	7,00	8,0000	7,0000	6,0000	6,000	6,0000
Moda	41	6	6,00	5,00	5,00	5,00	6,00
Desv. estándar	3.5355	1,00	2,3378	2,8284	1,7183	1,5275	1,7416
Valor mínimo	41	6	2,00	5,00	3,00	5,00	4,00
Valor máximo	46	8	11,00	9,00	9,00	8,00	10,00

Con la finalidad de responder al objetivo 4 del estudio (Habilidades Sociales en los jóvenes de la comunidad terapéutica Aylén-Argentina que se encuentran en la etapa de reinserción social) se calcularon las medidas de tendencia central correspondientes a las puntuaciones directas del Inventario de Habilidades Sociales, para el grupo que se encuentra en la etapa de reinserción social.

En primer término, al comparar los resultados obtenidos por este grupo en la escala total de habilidades sociales en la etapa de reinserción social, con los resultados de la tabla de percentiles respectiva al grupo baremo, mostró a la media igual a 45.8, lo cual equivale a un Pc de 40, o sea un nivel normal de habilidades sociales. Por otra parte, la mediana y la moda iguales a 48 equivalen a un Pc que oscila entre 60 y 70, lo que se interpreta como un nivel normal de Habilidades sociales. Es decir, los jóvenes que se encuentran en esta etapa de reinserción social, presentan en promedio niveles normales de habilidades sociales.

Tabla 4. Inventario de Habilidades Sociales. Valores de tendencia central de grupo reinserción

	HS Total	HS no confr.	HS primario/sent.	HS equil. emoc.	HS no confr./sent.	HS racional	HS racional /no confr.
Media	45.8333	8,33	7,6429	7,7895	7,3571	7,1053	7,0000
Mediana	48.0000	9,00	7,0000	8,0000	7,5000	7,0000	7,0000
Moda	48	9	7,00	8,00	5,00	8,00	9,00
Desviación estándar	8.5835	1,75	2,2313	2,0434	1,9286	1,5597	1,7541
Valor mínimo	28	5	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
Valor máximo	61	12	12,00	11,00	10,00	10,00	

Por otro lado la desviación estándar de 8.58 indica que la variabilidad promedia entre 37 y 54. Asimismo, el rango de valores mínimo y máximo alcanzado iguales a 28 y 61, indicando gran dispersión en los datos y mostrando que se trata de un grupo heterogéneo.

Diferencias entre niveles de autoestima de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión vs los de reinserción social

Con el fin de efectuar la comparación de las medias de autoestima en los dos grupos considerados, se calculó un análisis de varianza de una vía (ANOVA One way) que reveló la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima de los dos grupos comparados ($F= 2.411;63/2$ gl; sig.098). Esto indica que la hipótesis asumida acerca de un mayor nivel de autoestima en los jóvenes en la etapa de reinserción respecto de los de admisión, no se verifica (ver tabla).

Tabla 5
ANOVA Análisis de varianza de una vía con contraste a posteriori TUKEY-b par Autoestima

gl	F	Sig
63/2	2.411	.098

Diferencias entre niveles de habilidades sociales de los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión vs los de reinserción social

Al igual que en el caso de la autoestima, y con el objeto de efectuar la comparación de las medias de habilidades sociales en los dos grupos considerados, se calculó un análisis de varianza de una vía (ANOVA One way) que reveló la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en el nivel de habilidades sociales en los dos grupos comparados ($F=.107$; $34/2g1$; sig.899). Esto indica que la hipótesis asumida acerca de un mayor nivel de habilidades sociales en los jóvenes en la etapa de reinserción social respecto de los de admisión, tampoco se verifica (ver tabla).

5- DISCUSIÓN

El presente estudio consistió en identificar el nivel de autoestima y de habilidades sociales en dos grupos de jóvenes, consumidores sistemáticos de sustancias ilícitas, de 17 a 24 años de edad, en la Comunidad Terapéutica Aylén- Argentina, en la etapa de admisión (G1) y en la etapa de reinserción social (G2), con la finalidad de comparar los resultados y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables.

Este trabajo realiza aportes significativos para la profundización del tema de la drogodependencias en particular, así como también aporta evidencia empírica que sugiere seguir investigando dichas variables y, de acuerdo a ellas, planificar estrategias de intervención específicas.

En cuanto a la bibliografía consultada sobre habilidades sociales y autoestima en población consumidora, se encuentran resultados heterogéneos, por un lado aportando evidencia a favor de los planteamientos teóricos en la hipótesis investigada, y por otro, realizando críticas al mismo (Duvicq et al, 1995; Hensing et al, 2002; Morgan et al, 1996).

Con respecto a la fiabilidad de los instrumentos, debe destacarse la adecuada adaptación de los mismos, y por lo tanto permite que psiquiatras y psicólogos que trabajan en el área puedan aplicarlo en su práctica cotidiana.

En lo que se refiere a las limitaciones de este estudio debe considerarse que el análisis factorial, se realizó con los 2 grupos juntos debido al escaso número de sujetos evaluados. Por otra parte se trata de una muestra poblacional pequeña, por lo tanto habría que replicarlo o confirmarlo.

lo, con muestras más grandes por lo cual sería deseable que en futuras investigaciones se pueda efectuar análisis factoriales por separado y en base a la ampliación del número de sujetos incluidos en el trabajo.

6-CONCLUSIONES

Las principales conclusiones a las que se ha llegado son las siguientes:

- (1) Los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión en la Comunidad Terapéutica Aylén-Argentina, poseen en general niveles bajos de autoestima comparado con el promedio de autoestima de sus pares en no consumidores.
- (2) Los jóvenes que se encuentran en la etapa de reinserción social en la Comunidad Terapéutica Aylén- Argentina, poseen en general niveles bajos de autoestima comparado con el promedio de autoestima de sus pares en no consumidores.
- (3) Los jóvenes que se encuentran en la etapa de admisión en la Comunidad Terapéutica Aylén-Argentina, poseen niveles bajos de habilidades sociales en general así como también de manera específica en cada una de las dimensiones que la componen: primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación, comparadas con el promedio de dichas habilidades de sus pares en no consumidores.
- (4) No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima del grupo de jóvenes en etapa de admisión y el grupo de jóvenes en etapa de reinserción social.
- (5) No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de habilidades sociales totales y primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación, del grupo de jóvenes en etapa de reinserción social.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas para cada una de las variables y entre los jóvenes del grupo en etapa de admisión y los jóvenes del grupo en etapa de reinserción social, puede deberse a que la población en reinserción social no era la misma que en admisión. Por lo tanto, no se sabe a ciencia cierta qué nivel de autoestima presentaban esos jóvenes, en el momento de realizarles la admisión.

También merecen algunas consideraciones el dispositivo terapéutico, y la pregunta que surge es ¿Podría ser que no esté dentro de las prioridades del dispositivo trabajar con dichas variables, o bien, en caso de hacerlo, no se trabaje de manera adecuada en dichos objetivos?

La respuesta no es posible obtenerla con este estudio. Esta pregunta deja abierta la posibilidad para realizar estudios longitudinales posteriores que permitan encontrar una respuesta al interrogante planteado.

Por otra parte, los puntos considerados hasta aquí se enuncian a partir de los análisis estadísticos realizados. Sin embargo se consideran parciales y ajustados a la muestra seleccionada, al menos, a sujetos con características similares. El muestreo fue intencional, por lo que la capacidad de generalización es restringida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar de Arcos, F., Pérez García, M. y Sánchez Barrera, M. B. (2002). *Evaluación emocional en drogodependientes*. Sevilla: AG. Novograf.
- Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (2003). Recuperado el 15 de octubre de 2004, de http://www.cicad.oas.org/Desarrollo_Juridico/ESP/Reglamentos%20Modelo/REGLAMENTO%20LAVADO%20-%20ESP%20jul04.pdf
- Duvicq, A., Pimenta Carvalho, M. y Riquelme Pereira, A. (1995). *Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares*. Recuperado el 21 de octubre de 2004, de http://www2.eerp.usp.br/resmad/Esp/artigo_titulo.asp?rnr=31
- Fundación de Ayuda contra la drogadicción. (2000). *Dossier "NOCHE, JÓVENES Y ALCOHOL"*. Recuperado el 18 de enero de 2005, de <http://www.drogome-dia.com/dossier7/dossier7.doc>

- Hensing, G., Spak, F., Thundal, K. L., y Östlund A. (2003). *Decreased risk of alcohol dependence and/or misuse in women with high self-assertiveness and leadership abilities*. Alcohol and Alcoholism 38, (3): 232-238. Recuperado el 20 de noviembre de 2004, de <http://alcalc.oupjournals.org/cgi/content/abstract/38/3/232>
- Instituto Nacional de Estadísticas y censos (1999). *Estadística nacional sobre consumo de sustancias ilícitas, encuesta a nivel nacional*. Recuperado el 9 de noviembre de 2004, de <http://www.indec.mecon.ar>
- Laespada, M. T. y Pallares, J. (2001). “¿Qué hacen?”, *La noche un conflicto de poder*, Revista de Estudios de juventud, n° 54, Instituto de la Juventud. Recuperado el 18 de noviembre de 2004, de http://www.deiker.deusto.es/resultados/memoria/mem2000/e_marcos/e_text10.htm
- Morgan, M., Morrow, R. & Sheehan, A. M. (1996). *Prevention of substance misuse: Rationale and effectiveness of the program "On my own two Feet"* Journal of the Department of Education, Ireland, 44: 5-26
- Organización Mundial de la salud (2001). *Informe anual sobre drogas*. Recuperado 11 de octubre de 2004, de <http://www.riod.org>
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Abuso de drogas*. Recuperado el 20 de septiembre de 2004, de http://www.paho.org/default_spa.htm
- Sánchez Moro, C., Aguilar, I., Jiménez, J. y Castanyer, M. (1998). *Actuar es posible: la prevención del consumo de drogas desde los servicios sociales*. Capítulo 3. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Recuperado el 23 de septiembre de 2004, de <http://www.msc.es/pnd/publica/html/serv1.htm>
- Sánchez, C. (2002). *Asociación de Técnicos para el desarrollo de Programas Sociales: Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Recuperado 25 de octubre de 2004, de <http://www.mir.es/pnd/publica>
- Sedronar (1999): *Encuestas de consumo de sustancias ilícitas*. [Versión electrónica]. Recuperado el 18 de septiembre de 2004, de <http://sedronar.gov.ar>

ANEXO 1 INVENTARIO DE LA AUTOESTIMA

L. Barksdale

(Adaptada, validada y estandarizada por Alejandra Cattán, 2004.

Suministrado a Grupo Admisión y a Grupo Reinserción)

APODO..... EDAD:

ESCOLARIDAD: SEXO:

¿CON QUIEN VIVÍS?

¿TENES HIJOS?: ¿TENÉS CAUSA PENAL?.....

INSTRUCCIONES

Muchas personas no examinan conscientemente cómo ellas se sienten acerca de si mismas. Una manera de determinar nuestro nivel de autoestima es evaluando cómo nos percibimos o visualizamos a nosotros mismos, por tal razón intentá contestar todas las preguntas del siguiente cuestionario.

Respondé tan rápido como te sea posible, sin pensar demasiado acerca de alguna pregunta en particular. Usualmente la primera idea que se nos viene a la "mente" resulta ser la más correcta. Sé siempre honesto (a) con vos mismo (a). Todas tus respuestas son válidas.

Evalúa las respuestas marcando con una cruz (X) en las columnas de a la derecha de los ítems de acuerdo a la siguiente escala:

Nunca

A veces

Siempre

ASEGURÁTE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS			
	Nunca	A veces	Siempre
1. Usualmente me siento inferior a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normalmente me siento bien y feliz conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Frecuentemente me siento incapaz para manejar nuevas situaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A menudo soy simpático y amistoso (a) hacia todas las personas con las que me relaciono.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me critico habitualmente a mí mismo (a) por mis errores y defectos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. No tengo vergüenza, reproche, culpa y remordimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tengo una tendencia exagerada a probar cuanto valgo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Disfruto con entusiasmo la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estoy muy preocupado (a) acerca de lo que los demás piensen de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Puedo dejar que los demás se "equivoken" sin tener que corregirlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo una intensa necesidad de reconocimiento y aprobación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. En general no tengo confusión, conflicto ni frustración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cuando soy humillado me siento menos que los demás y quedo con resentimiento".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Usualmente me anticipo a nuevas tareas con bastante confianza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tiendo a condenar a los demás y frecuentemente deseo que los castiguen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	A veces	Siempre
16. Normalmente pienso por mí mismo (a) y tomo mis propias decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Casi siempre le doy la razón a los demás por su habilidad, conocimiento y experiencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me hago cargo de las consecuencias de mis actos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tiendo a exagerar para crear una imagen que no es la mía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Priorizo mis propias necesidades y deseos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tiendo a disminuir mis talentos, posesiones y logros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Normalmente defendiendo mi postura ante otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Habitualmente niego, excuso, justifico o racionalizo mis errores y derrotas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Estoy usualmente tranquilo (a) y cómodo (a) entre personas que no conozco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Soy frecuentemente muy crítico (a) y disminuyo las capacidades de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Expreso con libertad el amor, el enojo, la hostilidad, la alegría, ante los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy muy sensible a las opiniones, comentarios y actitudes de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Raramente experimento celos, envidia o desconfianza frente a lo que otros logran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Hago sentir bien a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. No tengo prejuicios con respecto a grupos raciales, étnicos o religiosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tengo miedo de mostrarme tal cual soy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	A veces	Siempre
32. Soy normalmente amistoso (a), considerado (a) y generoso (a) con los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Frecuentemente culpo a los demás por mis impedimentos o errores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Raramente me siento incómodo (a), solo (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Soy un obsesivo con la perfección.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Acepto la felicitación y los regalos sin vergüenza ni obligación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Frecuentemente no puedo parar de comer, fumar, hablar o tomar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Aprecio los logros e ideas de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Frecuentemente evito nuevas tareas por temor a cometer errores o fracasos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Hago y mantengo amistades naturalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Me avergüenzo frecuentemente por las acciones de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Admito rápidamente mis errores, deficiencias y fracasos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Siento una fuerte necesidad de defender mis acciones, opiniones o creencias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Tomo los desacuerdos sin sentirme "disminuido" o rechazado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Tengo una intensa necesidad de aprobación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Estoy dispuesto(a) a abrirme rápidamente a nuevas ideas y propuestas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Acostumbro a juzgar mi propia valoración por comparación personal con los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Soy libre de pensar lo que quiera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	A veces	Siempre
49. Frecuentemente me agrando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Acepto mi propia decisión y hago las cosas según lo considere más adecuado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c.c.: Centro de Estudios e Investigaciones Psicológicas y de la Salud: CEIPS.

ANEXO 2

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

A. Goldstein

(Adaptada, validada y estandarizada por Alejandra Cattán, 2004.

Suministrado a Grupo Admisión y a Grupo Reinserción)

APODO..... EDAD:

ESCOLARIDAD: SEXO:

¿CON QUIEN VIVÍS?

¿TENES HIJOS?: ¿ TENÉS CAUSA PENAL?.....

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en la interacción social más o menos eficientemente. Vos deberás determinar, con qué frecuencia usás cada una de estas habilidades, marcando con una cruz (X) en la columna derecha y en la fila correspondiente, según el siguiente patrón: marca en la columna de:

Nunca o casi nunca usás la habilidad

A veces usás la habilidad

Siempre usás la habilidad

-Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta; queremos tu primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado.

-No hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”

-Todas las preguntas deben ser respondidas

-Gracias por tu colaboración

-Ahora podés empezar

Nº ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
01. ¿Prestás atención a la persona que te está hablando y hacés un esfuerzo para entender lo que te está diciendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. ¿Empezás conversaciones con otras personas y después las seguís por un rato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03. ¿Hablás con otras personas sobre cosas de interés mutuo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04. ¿Cuándo no entendés algo se la pedías a la persona adecuada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. ¿Dejás que los demás sepan que estás agradecido con ellos por algo que hicieron por vos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. ¿Te esforzás por conocer nuevas personas por propia iniciativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. ¿Ayudas a presentar nuevas personas con otras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. ¿Le hacés saber a los demás lo que te gusta de ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. ¿Pedís ayuda cuando la necesitás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Elegís la mejor manera de ingresar en un grupo que está realizando una actividad, y luego te integrás en él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Explicás las cosas de tal manera que las personas puedan entenderlas fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Prestás cuidadosa atención a las cosas y luego las seguís?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Pedís perdón a los demás cuando hacés algo que sabés que está mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Intentás convencer a los demás de que tus ideas son mejores o más útiles que las de ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Intentás comprender y conocer las emociones que sentís?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nº ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
16. ¿Permitís que los demás sepan lo que sentís?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Intentás comprender lo que sienten los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Intentás comprender el enojo de la otra persona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Permitís que los demás sepan que vos te interesás o te preocupás por ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Cuándo sentís miedo, pensás por qué lo sentís, y después intentás hacer algo para calmarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Te premiás después de hacer algo bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Pedís permiso para hacer algo cuando es necesario, a la persona indicada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Compartir tus cosas con los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Ayudás a quien lo necesita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Si estás en desacuerdo con alguien tratás de llegar a un acuerdo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿Controlás tu carácter para no perder el control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Defendés tus derechos dando a conocer cuál es tu postura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Te controlás cuando los demás te hacen bromas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Te mantenés alejado de situaciones que podrían causarte problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Encontrás otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Le decís a los demás de manera, clara, pero sin enojarte, cuando ellos hicieron algo que no te gusta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan de vos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nº ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
33. ¿Reconocés al otro equipo después de un juego si se lo merece?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿Hacés algo que te ayude a sentir menos vergüenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ¿Si te dejan de lado en una actividad después hacés algo para sentirte mejor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ¿Decís a los demás cuando sentís que un amigo fue tratado injustamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Si alguien está tratando de convencerte de algo, ¿escuchás a esa persona y después decidís que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. ¿Intentás comprender la razón por la cual fracasaste en una situación puntual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ¿Te das cuenta y resolvés la confusión que te produce cuando los demás dicen una cosa y hacen otra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. ¿Entendés de qué y por qué te acusan y después pensás en la mejor manera de relacionarte con la persona que te acusó?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. ¿Pensás la mejor forma para dar tu punto de vista antes de una conversación difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. ¿Decidís vos lo que querés hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. ¿Si te sentís aburrido, intentás hacer algo interesante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. ¿Si surge un problema, intentás determinar qué lo causó?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. ¿Te fijás un objetivo antes de empezar una tarea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. ¿Elegís de manera sincera cuán bien podrías hacer una tarea específica antes de empezarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nº ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
47. ¿Decidís lo que necesitás saber y cómo conseguir esa información?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. ¿Determinás objetivamente cuál de tus problemas es el más importante para solucionarlo primero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. ¿Pensás en diferentes posibilidades y después elegís qué te hará sentir mejor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. ¿Sos capaz de no distraerte y prestar atención a lo que querés hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

Terapia Psicológica. Casos Clínicos

COORDINADORES:

José Pedro Espada Sánchez

José Olivares Rodríguez

Xavier Méndez Carrillo

EDITA:

Pirámide

487 páginas

La velocidad de actualización de conocimientos en psicología, ha contribuido a que tanto la formación como la práctica terapéutica actual, hayan avanzado de forma notable. El aumento de los conocimientos, nos permite dar un tratamiento más adecuado y ajustado a cada trastorno, y nos provee de un mayor apoyo empírico para la elección del tratamiento psicológico más eficaz. Los resultados de las investigaciones con ensayos clínicos controlados o la realización de meta-análisis, permiten que la intervención escogida, se base en la evidencia.

El presente libro, constituye un manual de referencia, tanto para el estudiante de psicología que desea obtener un texto aplicado a la práctica clínica, como una herramienta para el terapeuta, que le permitirá conocer las tendencias más recientes en cuanto a tratamientos psicológicos. Al primero de ellos, en especial, va dirigido un primer capítulo, que a modo de guía breve, detalla las habilidades básicas del terapeuta.

El manual se articula en 23 capítulos, que describen ampliamente las intervenciones llevadas a cabo en casos adultos, y añaden actividades prácticas para realizar individualmente o en grupo, en una amplia variedad de problemas, como los trastornos de ansiedad, la depresión, esqui-

zofrenia, hipocondría, fibromialgia, insomnio, relaciones de pareja o dificultades sexuales.

El texto presta una amplia cobertura a la terapia psicológica en el campo de las adicciones, analizando casos de tabaquismo, adicción al alcohol, la cocaína y el juego patológico y ofreciendo paso a paso el tratamiento de estos problemas.

Este manual a diferencia de los publicados con anterioridad, aporta un mayor número de casos descritos, el tratamiento de casos clínicos sobre los que la información es escasa como ocurre en el trastorno bipolar o la hipocondría, o novedosa como en el caso de la fibromialgia, o el estrés postraumático por secuestro terrorista. Resultan de gran interés las actividades prácticas e instrumentos de evaluación, que se proponen al final de cada capítulo, basadas en los casos expuestos.

Los autores de los capítulos, son especialistas en tratamiento psicológico, con experiencia tanto clínica como docente. Es por tanto, un instrumento completo y de gran utilidad para la práctica profesional del psicólogo.

M^a Carmen Segura Díez.
*Instituto de Investigación
de Drogo dependencias (INID)*

*NORMAS PRESENTACIÓN
TRABAJOS*

NORMAS ACEPTACIÓN DE TRABAJOS

REVISTA "SALUD Y DROGAS"

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 en blanco y negro o escala de grises 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
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.
9. 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.
10. 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.

REVISTA SALUD Y DROGAS

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias

Depósito legal: MU-1305-2001

ISSN: 1578-5319

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



Boletín de Suscripción



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Dirección de envío:

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ nº _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ D.P. _____ Prov. _____ País _____

Datos Profesionales _____

Titulación Académica _____ Especialidad _____

Centro de Trabajo _____ Cargo _____

Actividades profesionales privadas _____

Suscríbame a la REVISTA SALUD Y DROGAS _____



Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Carretera Valencia, s/n. • 03550 San Juan (Alicante)
Teléfono: 965 919 319/43 • Fax: 965 919 566
Web <http://inid.umh.es> • e-mail: inid@umh.es





**GENERALITAT
VALENCIANA**

CONSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL D' ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA



**INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS**
Universidad Miguel Hernández

Web <http://inid.umh.es>