

Salud y drogas

Health and addictions

1. Editorial

2. Originales

Evaluación de la eficacia de un programa de intervención.
Evolución neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes
Dante, C.235

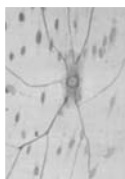
Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas.
Pascual, F.249

En la carretera a 0° por hora.
Programa de prevención de alcohol y otras drogas en autoescuelas.
Fouce, J. G.263

Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación.
Rodríguez, J. M.289

Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas.
García del Castillo, J. A.
y Días, P.309

3. Actividades científicas y de formación



Revista Salud y drogas

Salud y drogas 2007, Vol. 7, nº 2
Periodicidad semestral

Health and addictions

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIO

Daniel Lloret Irlés
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica, Bilbao, España
Francisco Javier Ayesta Ayesta
Universidad de Cantabria, España
Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona, España
Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela, España
Juan Vicente Beneit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid, España
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo, España
Gilbert J. Botvin
Weill Medical College Cornell Univ., USA
Guillermo Alonso Castaño Pérez
Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia
Joao Castel-Branco Goulao.
Instituto da Droga e da Toxicodependência, Portugal
Gaspar Cervera Martínez
Hosp. Clínico Universitario de Valencia, España
Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco, España
José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo, España
Lawrence Gardner Eliot
Albert Einstein College of Medicine, USA
Kenneth W. Griffin
Weill Medical College Cornell Univ., USA
Consuelo Guerri Sibera
Instituto de Investigaciones Citológicas, España
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky, USA
Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante, España
Juan José Llopis Llacer
Universidad Jaime I, Castellón, España.
Rafael Maldonado
Universidad Pompeu Fabra, España
Gerardo Marín
University of San Francisco, USA
F. Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia, España

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIA TÉCNICA

M^a del Carmen Segura Díez
Universidad Miguel Hernández

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

REVISTA SALUD Y DROGAS

Objetivos

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

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

Frecuencia

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

Idioma

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

Separatas

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

Copyright y permisos

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

Papel

Salud y drogas se imprime en papel libre de cloro.

Indexada en

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

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

Tfno.: +34 965 919 319 • Fax.: +34 965 919 566

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

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

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

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL	229
---------------------------	-----

2. ORIGINALES	233
----------------------------	-----

Evaluación de la eficacia de un programa de intervención. Evolución neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes. <i>Carlos Dante Gómez</i>	235
--	-----

Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. <i>Francisco Pascual Pastor</i>	249
---	-----

En la carretera a 0º por hora. Programa de prevención de alcohol y otras drogas en autoescuelas. <i>José Guillermo Fouce Fernández</i>	263
--	-----

Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. <i>José Miguel Rodríguez Molina</i>	289
--	-----

Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. <i>José A. García del Castillo y Paulo Días</i>	309
---	-----

3. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE FORMACIÓN	333
--	-----

INDEX

1. EDITORIAL	229
---------------------------	-----

2. ORIGINALS	233
---------------------------	-----

Evaluation of the effectiveness of an intervention program. A neuropsychological evaluation of the executive function in substance dependent patients <i>Carlos Dante Gómez</i>	235
--	-----

Anthropological aspects of alcoholic drinks consumption in the Mediterranean culture. <i>Francisco Pascual Pastor</i>	249
--	-----

In the highway 0° per hour. Program of alcohol and other drugs prevention in driving schools. <i>José Guillermo Fouce Fernández</i>	263
--	-----

Vigorexia: Addiction, obsession or dismorfia; an attempt of approach. <i>José Miguel Rodríguez Molina</i>	289
--	-----

Relation analysis between protection factors, resilience, self-regulation and drug consumption. <i>José A. García del Castillo y Paulo Días</i>	309
--	-----

3. SCIENTIFIC AND TRAINING ACTIVITIES	333
--	-----

EDITORIAL

¿QUIÉN TEME A LAS DROGAS?

José A. García del Castillo
Instituto de Investigación de Drogodependencias.
Universidad Miguel Hernández

Nadie puede poner en tela de juicio los años que llevamos intentando sacar los pies del plato y poder merendarnos de un solo bocado el gran pastel del éxito en materia de drogodependencias. En los últimos veinticinco años se ha trabajado muy duro por intentar conseguir un ápice de esperanza en la labor más complicada, hacer buena prevención, y que nuestros jóvenes no comiencen a consumir sustancias adictivas de ningún tipo. Sería irresponsable e inocente, así como poco serio, pensar que la prevención se consigue en un abrir y cerrar de ojos, si fuera de esta forma habríamos encontrado la piedra filosofal de la salud y estaríamos celebrándolo bebiendo zumos de frutas y comiendo ambrosías. Tenemos que ser considerados con los trabajos realizados y sabedores de que los frutos de la prevención se recogen siempre a largo plazo, independientemente del ámbito que estemos tratando, aunque cuando entra en juego el comportamiento humano en toda su extensión, los tiempos se acrecientan considerablemente.

Los datos que se barajan en la última encuesta de población sobre el consumo de drogas, nos ponen cara de optimistas, porque por primera vez después de muchos años hemos conseguido doblegar la tendencia alcista por la bajista, aunque hay que subrayar que algunas comunidades, entre otras la valenciana, ya contaba con esta inclinación a la baja en determinadas sustancias relevantes. Creo que es de justicia recalcar que los éxitos no se le pueden atribuir a nadie en concreto, sino al conjunto de la sociedad española, a las fuerzas de seguridad del Estado y a los especialistas que con ahínco y tesón, sin desfallecer ante las contrariedades de nuevas políticas de drogas, falta de medios y personal, escasez de muchos recursos y otros males sin determinar, siguen realizando su labor de forma incansable y con pleno convencimiento de que antes o después será positiva. También sería injusto no reconocer la renovada energía de las familias, que van tomando la batuta de la educación de los hijos, con

algo de temor cuando se trata de abordar el tema de las drogas en casa, pero con fuerzas modélicas por aprender y transmitir con el ejemplo.

Uno de los principios básicos, cuando hablamos de adicciones a sustancias, es la perseverancia. Es digno de elogio y reconocimiento que aquellos que se dedican de lleno a hacer prevención continúen en ello a pesar de no ver resultados a corto plazo que los alienten en su trabajo, como sucede en otros campos. Año tras año se construyen estrategias para convencer y persuadir a la población más proclive a consumir, que determinados comportamientos de uso y abuso de sustancias, acarrear un riesgo superlativo para la salud. Hay que ser conscientes de que un preadolescente o un adolescente se siente todopoderoso, porque cuenta con el potencial de ser joven y con la creencia de que pase lo que pase, y por muy mal que se le pinte a priori, no le ocurrirá a él, sino a los demás. Contrarrestar ese tipo de convencimientos pasa por construir desde la base, un procedimiento argumental y formativo que toca absolutamente todas las estructuras sociales, desde la escuela hasta la comunidad de referencia, pasando, por supuesto, por la institución familiar, pilar fundamental de todo proceso formativo y educacional.

Insuflar miedo por doquier es una de las técnicas más utilizadas, aun a sabiendas de que los que reciben esas dosis de miedo, no son los mejores receptores, por esa creencia suprema de que están protegidos por un halo mágico o un escudo que repele las agresiones y consigue un equilibrio perfecto entre los abusos cometidos y las rutinas de la vida cotidiana. A pesar de ello, se sigue insistiendo con este método, ayudándose de otros parámetros más sofisticados de persuasión, que a la larga consiguen asentar en los jóvenes un sentimiento de temor, aunque sea incipiente, a la hora de acercarse a las sustancias.

El temor por convertirse en un adicto a las drogas empieza a ser universal, pero sin ninguna duda, es un baluarte que se configura con la edad. El conservadurismo en la salud se amplifica en la medida que se cumplen años, y por ello los adultos están mucho más protegidos que los jóvenes, haciendo de correa de transmisión, dentro de sus posibilidades, hacia las nuevas generaciones. En alguna medida todos estamos aprendiendo a ser temerosos del consumo de drogas, porque la percepción del riesgo que corremos al hacerlo es cada vez más alta y se convierte en la base primaria de una buena prevención.

ORIGINALES

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

Carlos Dante Gómez
Universidad Nacional de Rosario (Argentina)

Recibido: 24-08-06. Aceptado: 01-10-06

RESUMEN

La implementación de un sistema de evaluación de los programas de intervención en drogodependencias es una necesidad de toda gestión institucional abocada a dicha problemática. La evaluación sistemática posibilita el fortalecimiento y la especialización permanente de los recursos humanos, para ofrecer una mejor calidad de atención de acuerdo al perfil y necesidades de cada paciente. Debido a que se presentan dificultades para medir objetivamente la eficacia de un tratamiento de asistencia en comunidad terapéutica, se ofrece un método válido basado en el paradigma integrador de la neuropsicología. La metodología propuesta consiste en la estimación del rendimiento neurocognitivo de pacientes drogodependientes, que será actualizada en intervalos que dependerán de los tiempos necesarios para conseguir resultados observables; por ejemplo, en distintas etapas del dispositivo asistencial (Admisión: pretest

Correspondencia

Carlos Dante Gómez
Montevideo 506 Piso 5 Dpto A. Rosario (CP 2000) Santa Fe – Argentina
E-mail: carlosdantegomez@yahoo.com.ar

y Reinserción Social: posttest). A tal fin se propone la elaboración del perfil neuropsicológico de las funciones de atención, memoria, gnosias, praxias, lenguaje, emoción y funciones ejecutivas (planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, atención selectiva, inhibición de respuesta, toma de decisiones y teoría de la mente). La distancia entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y en el posttest arrojaría un índice de la eficacia del programa terapéutico.

Palabras Clave: *Drogodependencias / Intervenciones / Evaluación / Funciones Ejecutivas / Neuropsicología.*

ABSTRACT

The implementation of an evaluation system for drug-user's treatment programs is a necessity for all institutional managements dealing with this problem. A systematic evaluation allows the strengthening and the permanent specialization of human resources in order to offer an improved attention according to the profile and necessities of each patient. Due to difficulties appear when trying to measure objectively the effectiveness of treatment in community therapy, a valid method based on the integrating paradigm of neuropsychology is offered. The proposed methodology consists on estimating the neurocognitive profile of substance dependent patients, that will be updated at intervals and will depend on the time necessary to obtain observable results; for example, in different stages of the assisted mechanisms (Admission: pretest and Social Reintegration: posttest). To obtain our objective the neuropsychological profile of the functions of attention span, memory, gnosis, praxis, language, emotion, and executive functions (planning, decision making, inhibitions, working memory, selective attention, theory of mind and cognitive flexibility) will be measured in each patient according to standardized test application. The variation between the scores obtained in the pretest and the posttest would give an indication of the effectiveness of the therapeutic program.

Key words: *Substance Dependent / Interventions / Evaluation / Executive Functions / Neuropsychology.*

MEDIDA DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

En el campo de la salud mental el problema de las drogodependencias presenta un carácter de urgencia debido a su alta prevalencia social. Existen obstáculos metodológicos cuando se pretenden realizar evaluaciones sistematizadas y objetivas de los programas de asistencia a pacientes drogodependientes. Tradicionalmente se efectuaron valoraciones cualitativas de la consistencia de los mismos de una manera más intuitiva que científica. Los criterios de evaluación de los tratamientos son variados y siempre tienen en cuenta el análisis de los efectos o resultados que produjo la intervención.

La valoración de la eficacia consiste en la verificación del cumplimiento de los objetivos del programa de asistencia, los cuales consisten principalmente en la abstinencia o reducción del consumo de drogas y el cambio del estilo de vida orientado hacia la salud. Con la valoración de la efectividad se propone determinar el impacto que tiene un dispositivo terapéutico independientemente de sus objetivos planificados. La valoración de la eficiencia tiene en cuenta el coste de los recursos invertidos para obtener los resultados esperados.

La medida de la eficacia de un programa es fundamental para el mejoramiento continuo de los dispositivos de asistencia. El criterio para estimar el desenlace de una intervención debe tratar de reducir los sesgos subjetivos, incluyendo procedimientos controlados, aunque las evaluaciones cualitativas también resulten convenientes.

Los dominios imprescindibles para apreciar la eficacia de un programa consisten en el estado psicológico del paciente; la reincidencia en el uso de sustancias; la situación familiar, legal, laboral y el estado psiquiátrico y clínico médico.

El diseño de un sistema de evaluación debe contemplar indicadores que permitan optimizar el funcionamiento de los dispositivos terapéuticos. La evaluación puede apuntar a la pertinencia de la atención brindada, al cumplimiento de las normas de calidad requeridas por los entes reguladores, al tipo de conformación de redes de servicios, a la dotación de recursos humanos, técnicos y profesionales disponibles, a la infraestructura edilicia y tecnológica, y a la satisfacción subjetiva del paciente o de sus responsables.

La gestión general de una institución puede evaluarse considerando las tasas de reinserciones sociales, deserciones, reingresos, recaídas en el

consumo de sustancias. No es confiable evaluar la calidad de un programa en base a los criterios de su personal profesional, debido al sesgo subjetivo que podría contaminar los resultados. Asimismo, la evaluación tampoco es susceptible de ser efectuada directamente por la opinión de los pacientes y apoderados, ya que esta puede ser influenciada por los fluctuantes factores transferenciales.

Diversos agentes de salud o justicia suelen realizar, periódicamente, evaluaciones externas de corte administrativo a las instituciones, con el objetivo de mejorar la calidad de las prestaciones. Estas evaluaciones generalmente apuntan a comprobar el cumplimiento de las normas de calidad, es decir, examinar la presencia de organigramas establecidos, normas programáticas, cuantificación de metas, pautas de orientación terapéutica, existencia de fichas de ingresos, seguimientos y egresos de los pacientes y/o pertinencia de la planta física. Pero esta clase de evaluación se centra en la dimensión institucional, descuidando la dimensión subjetiva del paciente.

LA INTEGRACIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Durante los últimos años, la Neuropsicología se ha añadido al repertorio de herramientas clínicas de múltiples centros terapéuticos y se ha consolidado como paradigma de investigación que integra las distintas disciplinas de las neurociencias. La Evaluación Neuropsicológica (EN) está dirigida a examinar el funcionamiento de una serie de procesos cognitivos y emocionales que pueden verse afectados como consecuencia del consumo prolongado de drogas. Mediante la EN se analizan las funciones afectadas por el consumo de drogas de una manera precisa, sistematizada y científica, salvando obstáculos metodológicos.

La constatación de déficit frontal en pacientes con drogodependencias es de interés empírico, conceptual y terapéutico. En la actualidad, el principal interés de la EN en el ámbito de las drogodependencias es un conjunto de habilidades complejas involucradas en la planificación, organización y control del comportamiento denominadas Funciones Ejecutivas. La EN de los procesos ejecutivos es una novedosa estrategia dirigida a determinar los posibles problemas cognitivos producidos por el consumo de drogas. Mediante la EN es posible delimitar de manera precisa la naturaleza y el grado de deterioro de los distintos procesos ejecutivos, y

cómo éstos pueden afectar al funcionamiento clínico y social de los drogodependientes. Los resultados de la EN tienen una proyección clínica inmediata, ya que el deterioro de los procesos ejecutivos puede afectar negativamente a la evolución clínica durante el tratamiento y la vida cotidiana. Debido a que se presentan dificultades para medir objetivamente la eficacia de un tratamiento de rehabilitación en comunidad terapéutica, en este texto se ofrece un método válido basado en el paradigma integrador de la neuropsicología.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Los lóbulos frontales corresponden a la última adquisición encefálica en la escala de la filogenia y equivalen a la tercera parte de la masa total de los hemisferios cerebrales. En la dimensión de la ontogenia es una de las últimas regiones en completar su desarrollo. El proceso de mielinización de esta zona aumenta desde los cuatro hasta los trece años pero continúa hasta la adultez. (Portellano-Pérez, 1993). La corteza prefrontal se conecta masivamente con estructuras subcorticales (sistema límbico, núcleos de la base, ganglios basales, cerebelo) y corticales (corteza parietal, temporal), configurando los circuitos frontoestriatales, frontotálámicos, frontoparietales, etc. (Jódar-Vicente, 2004).

El cerebro anterior (configurado por los lóbulos frontales) posee la misión de evaluar la información recibida por el cerebro posterior (conformado por los lóbulos temporales, parietales y occipitales) y se ocupa del planeamiento, el auto-monitoreo y la organización de actividades motrices y cognitivas. El cerebro anterior posee gran relevancia ya que muchos de sus componentes tienen funciones asociativas posibilitando la integración de la información proveniente de diversos módulos, facilitando la programación de la inteligencia y el pensamiento abstracto.

En las neurociencias se relaciona a las funciones intelectuales superiores con las regiones del lóbulo frontal. El sector frontal del cerebro ha sido denominado el "*órgano de la civilización*" (Goldberg, 2002).

Las funciones ejecutivas (FE) se asientan principalmente sobre los soportes anatomofuncionales de los lóbulos frontales y sus conexiones. El sistema ejecutivo coordina los múltiples y complejos procesos necesarios para iniciar y detener operaciones mentales, para mantener la motivación y la persistencia. Las funciones integrantes del sistema ejecutivo son: capacidad de planificar la conducta orientada a una meta, programar las accio-

nes necesarias para alcanzarla, monitorear la puesta en marcha del plan para comprobar su arreglo al objetivo, rechazar la interferencia de estímulos externos que no sean relevantes para el plan de acción, poseer flexibilidad para la corrección de errores o para incorporar conductas nuevas en función de los estímulos del entorno que sean relevantes, capacidad para reconocer el logro de los objetivos y finalizar la acción (Sánchez-Carpintero & Narbona, 2001). Alexander R. Luria ha brindado aportes valiosos acerca del estudio del funcionamiento ejecutivo (1966, 1973, 1978), del rol del lenguaje en la autorregulación del comportamiento y de la dimensión sociocultural en el desarrollo de procesos cognitivos complejos (Luria, 1976, 1982) pero sólo recientemente han comenzado a ser atendidos. Debido al avance de las tecnologías de neuroimagen, el estudio del rol de la corteza prefrontal se ha convertido en uno de los temas más relevantes de las neurociencias contemporáneas. Esta región cortical está vinculada a procesos ejecutivos y a muy diversas áreas del funcionamiento cognitivo. La atención, la memoria de trabajo, el procesamiento de la información, la organización de la conducta, el juicio y la habilidad para enfrentar situaciones nuevas son actividades que se ven afectadas cuando hay problemas en el funcionamiento ejecutivo. El concepto de FE es un constructo cognitivo (Welsh, 2002) que en la literatura psicológica y educativa suele abarcar a un conjunto de funciones cognoscitivas complejas interrelacionadas y necesarias para el aprendizaje complejo (Lyon & Krasnegor, 1996; Morris, 1996). En un análisis de la historia del concepto de funciones ejecutivas y de su medición, Welsh (2002) concluye que en esencia las funciones ejecutivas consisten en procesos básicos coordinados para un propósito específico: dirigir la actividad hacia una meta. La coordinación y el control de estos procesos justifican el uso del término ejecutivo. Especialistas en el campo han generado diferentes definiciones del funcionamiento ejecutivo que resaltan distintas dimensiones (Borowski & Bruke, 1996; Pennington, Bennetto, McAleer & Roberts, 1996; Denkla, 1996^a; Barkley, 1996; Hayes, Gifford & Ruckstuhl, 1996; Graham & Harris, 1996; Welsh, 2002, en Rodríguez-Arocho, 2004; Carpintero & Narbona, 2001).

La sintomatología cognitiva que aparece tras los daños que afectan a los lóbulos frontales suele denominarse: Síndrome Disejecutivo (Robbins & Evertitt, 1999) y corresponde a trastornos del razonamiento y del lenguaje, incapacidad de generar estrategias para la resolución de problemas, déficit en el control motor, en la flexibilidad cognitiva, en la motivación, personalidad, atención, percepción y creatividad, asimismo se presentan dificultades para anticipar las consecuencias de los actos y

aparece escasa inhibición de comportamientos impulsivos (Jódar-Vicente, 2004). Los pacientes con lesión prefrontal tienen dificultades para tomar decisiones (Bechara *et al*, 2000; 2001) y para regirse por medio del raciocinio social (Butman y Allegri, 2001).

SOBRE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO

En el año 2002 Tirapu-Ustárroz y colaboradores proponen un modelo integrador y en el 2005 ofrecen un protocolo de evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas que consiste en pruebas de bucle fonológico (parietal posterior) y agenda visuespacial (temporal izquierdo), evaluación de funciones de codificación/mantenimiento utilizando pruebas basadas en el paradigma de Sternberg (prefrontal dorsolateral); mantenimiento/actualización con test basados en el paradigma n-back (prefrontal dorsolateral y ventrolateral); mantenimiento/manipulación con las pruebas de Letras y Números de la Escala de Memoria de Wechsler (prefrontal dorsolateral); ejecución dual utilizando el test de copia de la figura compleja de Rey junto con evaluación de fluencia verbal (prefrontal dorsolateral); inhibición con tareas tipo Stroop y tareas go-nogo (orbital y cingulado); alternancia de sets cognitivos mediante el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (giro frontal inferior, córtex cingulado anterior y giro supramarginal); planificación con el test de la Torre de Hanoi y el Mapa de Zoo del Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (prefrontal, ganglios basales y cerebelo) y Toma de Decisiones con Gambling Task (frontal ventromedial y orbitofrontal).

La manera más adecuada de evaluar a un paciente es considerarlo como un caso único, de acuerdo al paradigma ecológico de la neuropsicología, y conjugar distintas técnicas para elaborar el diagnóstico (test neuropsicológicos, técnicas de neuroimágenes, evaluación neurológica, entrevista clínica, cuestionarios fenomenológicos, observación directa).

FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN DROGODEPENDENCIAS

La investigación sobre los procesos cerebrales implicados en las adicciones ha estado centrada prioritariamente en el ámbito de las áreas cerebrales subcorticales. No obstante, recientemente algunos autores han

insistido en la inclusión de las áreas frontales y prefrontales en el estudio de los mecanismos cerebrales implicados en las adicciones. Según los autores, el uso crónico de drogas genera una serie de cambios metabólicos y de neurotransmisión que se extienden más allá de las típicas zonas subcorticales estudiadas clásicamente en el ámbito de las adicciones. Recientemente, y gracias a la aparición de las técnicas de neuroimagen utilizadas en el estudio del metabolismo cerebral se ha podido evidenciar la afectación del córtex frontal en pacientes con un uso crónico de drogas psicoactivas. Los pacientes con trastorno por dependencia a sustancias tóxicas exhiben dificultades de aprendizaje, de memoria, en la resolución de problemas, en capacidad de razonamiento abstracto, en tareas visomanuales, déficits en flexibilidad cognitiva, alteraciones del lenguaje, escasa habilidad para la planificación y para la toma de decisiones ventajosas (Kandel & Freed, 1989; Knight & Longmore, 1994; Easton & Bauer, 1997; Miller, 1991; Bechara *et al*, 2001; Bechara, 2003, 2005; Verdejo *et al*, 2004; Calvo-Botella, 2003; Rogers *et al*, 1999).

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Los programas de rehabilitación cognitiva destinados a aquellos pacientes que presentan déficits neuropsicológicamente constatados por medio de la evaluación neuropsicológica y por neuroimágenes, pueden ser útiles en el tratamiento. La rehabilitación de déficits cognitivos específicos ha sido ampliamente utilizada hasta la fecha, prioritariamente en población con daño neurológico post-traumático. Si se acomoda la rehabilitación a la naturaleza de los déficits individuales diagnosticados, ésta puede ayudar en la adquisición de un nivel de funcionamiento, restauración, compensación o acomodación de los déficits cognitivos.

PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

La implementación de un sistema de evaluación de los programas de intervención es una necesidad de toda gestión institucional abocada a dicha problemática, que permitiría el fortalecimiento y especialización de los recursos humanos para ofrecer mejor calidad de atención de acuerdo al perfil y necesidades de cada paciente.

La evaluación crearía criterios de validación de los dispositivos terapéuticos y debería ser actualizada en intervalos que dependerán de los tiempos necesarios para conseguir resultados observables.

Debido a esto se propone la aplicación de un protocolo de evaluación neuropsicológica en la fase de admisión del programa terapéutico y otra en la fase de reinserción social, en donde la evaluación tiene en cuenta medidas estándar de la población general.

Este sistema de evaluación tendría los siguientes objetivos:

- Evaluar el rendimiento neurocognitivo de pacientes drogodependientes, antes y después de la aplicación del Programa de Intervención.
- Elaborar un perfil neuropsicológico de las funciones Atención, Memoria, Gnosias, Praxias, Lenguaje, Emoción y Funciones Ejecutivas de cada paciente mediante la administración de instrumentos de evaluación estandarizados.
- Evaluar Funcionamiento Ejecutivo midiendo funciones de Planificación y Secuenciación, Toma de Decisiones, Inhibición de Respuesta, Memoria de Trabajo Verbal y No Verbal, Fluencia Verbal, y Flexibilidad Cognitiva.
- Diseñar un programa de Rehabilitación Neuropsicológica que complemente al Programa Terapéutico, basado en los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas.
- Evaluar la pertinencia y eficacia del Programa Terapéutico de Intervención midiendo las distancias entre las puntuaciones obtenidas en pretest y postest.

BIBLIOGRAFÍA

- Adolphs, R.; Tranel, D. & Damasio, A.R. (2003) Dissociable neural system for recognizing emotions. *Brain and Cognition* 52:61-69.
- Barkley, R. A. (1996). Linkages between attention and executive functions. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR, (1997). Deciding Advantageously Before Knowing the Advantageous Strategy. *Science* 275:1293-1295
- Bechara, A. (2005). Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *Journal of Gambling Studies* 19(1):23-51.

- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cereb Cortex* 10: 295-307
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., Lee, G. P. (1999). Different Contributions of the Human Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex to Decision-Making. *J. Neurosci.* 19: 5473-5481
- Bechara, A.; Damasio, A.; Damasio, H. & Anderson, S. (1994). Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex. *Cognition*, 50:7-15.
- Bechara, A.; Dolan, S.; Denburg, N. Hinds, A.; Anderson, S.W. & Nathan, P. (2001). Decisión-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 39:376-389.
- Bechara, A; Dolan, S.; Denburg, N.; Hinds, A.; Anderson, S. & Nathan, P. (2001). Decisión-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 39:376-389.
- Borowski, J. G. & Burke, J. E. (1996). Theories, models, and measurements of executive functioning. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 235-261). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Brickenkamp, R. (2002). *d2 Test de Atención*. Madrid. TEA Ediciones.
- Butman, J. & Allegri, R.F. (2001) "A Cognição Social e o Córtex Cerebral". *Psicologia: Reflexão e Crítica* 14(2):275-279.
- Calvo-Botella, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos adictivos*; 5(3):256-268.
- Clark, L.; Cools, R. & Robbins, T.W. (2004). The Neuropsychology of ventral prefrontal cortex: Decision-Making and Reversal Learning. *Brain and Cognition* 55:41-53.
- Damasio, A. (1994). *El Error de Descartes*. Barcelona. Drakontos.
- Damasio, A.R. (1996). The Somatic Marker Hypothesis and the posible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* (serie B) 351(1346):1413-1420.
- Damasio, A.R.; Tranel, D. & Damasio, H. (1990). Individuals with sociopathic behaviour caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behaviour Brain Research* 41(2):81-94.
- De Vega, G.; Mastroiacovo, G. & Gómez, C.D. (2005). AVCD: centro de prevención, asistencia e investigación de la problemática del uso de sustancias. Modelo multimodal de alta complejidad psicosocial. 30º Congreso Interamericano de Psicología "Hacia una Psicología sin Fronteras" (<http://www.sip2005.org.ar/.htm>).

- Denckla, M. B. (1996b). A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 263-278). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunn, B.D.; Dalgleish, T. & Lawrence, A.D. (2006). The Somatic Marker Hypothesis: a critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30:239-271.
- Easton, C. & Bauer, L.O. (1997). Neuropsychological differences between alcohol-dependent and cocaine-dependent patients with or without problematic drinking. *Psychiatry Res* 71: 97-103.
- Fuster, J.M. (1989). *The prefrontal cortex*. New York: Raven Press.
- Goldberg, E. (2002). *El Cerebro Ejecutivo: Lóbulos Frontales y Mente Civilizada*. Barcelona. Crítica Editorial.
- Golden, C.A (1994). *Test de Stroop de Colores y Palabras*. Madrid. TEA Ediciones.
- Goldman MS. (1999). Risk for substance abuse: Memory as a common ethiological pathway. *Psychol Sci* 10: 196-198.
- Graham, S. & Harris, K. R. (1996). Addressing problems in attention, memory, and executive functioning: An example from self-regulated strategy development. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 349-366). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Grant, D. A. & Berg, E. A. (1997). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)*. Madrid. TEA Ediciones.
- Jódar-Vicente, M. (2004). Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal. *Revista Neurología* 39(2):178-182.
- Kandel, E. & Freed, D. (1989). Frontal-Lobe Dysfunction and Antisocial Behavior: A Review. *J Clin Psychol* 45(3): 404-412.
- Knight, R.G. & Longmore, B. (1994). *Clinical neuropsychology of alcoholism*. East Sussex. LEA.
- Lezak MD. (1976). The problem of assessing the executive functions. *Int J Psychol* 17: 281-97.
- Luria, A.R. (1966). *Higher cortical function in man*. New York: Basic Books.
- Luria, A.R. (1973). The frontal lobes and the regulation of behavior. En K.H. Pibram & A.R. Luria (Eds.). *Psychophysiology of the frontal lobes*. New York: Academic Press.
- Luria, A.R. (1974). *El Cerebro en Acción*. Barcelona: Fontanella.
- Luria, A.R. (1995). *Conciencia y Lenguaje*. Volumen XIII de la Colección Aprendizaje. Visor Distribuciones. Madrid.

- Lyon, G. R. & Krasnegor N. A. (Eds.) (1996). *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Miller L. (1991). Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 84: 277-291.
- Miller, W.R. & Brown J.M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention of addictive behaviours. En Heather N, Miller WR, Greeley J (eds.). *Self-control and the Addictive Behaviours*. Australia: Maxwell Macmillan Publishing.
- Morris, R. D. (1996). Relationships and distinctions among the concepts of attention, memory, and executive function: A developmental perspective. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 11-16). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Najam, N.; Moss, H.B.; Kirisci, L. & Tarter, R.E. (1997). Executive Cognitive Functioning predicts drug use in Youth. *J Ind Ac Appl Psychol* 23 (1-2): 3-12.
- Nesse, R.M. & Berridge, K.C. (1997). Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*; 278: 63-66.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Test Barcelona. Manual*. Barcelona. Masson.
- Pennington, Bennetto, McAleer & Roberts (1996). Executive Functions and Working Memory. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 327-348). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Portellano-Pérez, J.A. (1993). Neuropsicología de la Corteza Cerebral (IV) El Lóbulo Frontal. *Revista Atención Psicológica* 29.
- Rey, A. (1980). *Rey-Figura Compleja. Test de Copia de una Figura Compleja*. Madrid. TEA Ediciones.
- Robbins, T.W. & Everitt, B.J. (1999). Interaction of the dopaminergic system with mechanisms of associative learning and cognition: Implication for drug abuse. *Psychol Sci* 10: 199-202.
- Rodriguez-Arocho, W. (2004). Una Aproximación al Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y el Lenguaje en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde su Complejidad. *Revista IRICE* septiembre 2004:51-68.
- Rogers RD, Everitt BJ, Baldacchino A, Blackshaw AJ, Swainson R, Wynne K, Baker NB, Hunter J, Carthy T, Booker E, London M, Deakin JFW, Sahakian BJ, Robbins TW (1999). Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms. *Neuropsychopharmacology* 20:322-339

- Sanchez-Carpintero, R. & Narbona, J (2001). Revisión Conceptual del Sistema Ejecutivo y su estudio en el Niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Neurología* 33(1):47-53.
- Sanchez-Carpintero, R. & Narbona, J (2004). El Sistema Ejecutivo y las Lesiones Frontales en el Niño. *Revista Neurología* 39(2):188-191.
- Selby, M.J. & Azrin, R.L. (1998). Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 50: 39-45.
- Tirapu-Ustárroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M. & Pelegrín-Valero C. (2002). Funciones Ejecutivas: Necesidad de una Integración Conceptual. *Revista Neurología* 34(7): 673-685.
- Tirapu-Ustárroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M.; Pelegrín-Valero, C. & Albéniz-Ferreas, A. (2005). Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas. *Rev. Neurología* 41(3):177-186.
- Tranel D, Bechara A, Damasio H, Damasio AR (1996). Fear conditioning after ventromedial frontal lobe damage in humans. *Soc Neurosci Abstr* 22:1108.
- Verdejo, A.; Orozco-Giménez, C.; Meersmans Sanchez-Jofré, M.; Aguilar de Arcos, F. & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista Neurología* 38(12):1109-1116.
- Verdejo, A.; Orozco-Giménez, C.; Meersmans Sánchez-Jofré; Aguilar-Arcos, F. & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 38(12):1109-1116.
- Wechsler, D. (2004). *WMS-III-Escala de memoria de Wechsler*. Madrid. TEA.
- Welsh, M.C. & Huizinga, M. (2001). The development and preliminary validation of the Tower of Hanoi - Revised. *Assessment* 8(2): 167-176.
- Wilkinson, D.A. & Sánchez-Craig, M. (1981). Relevance of brain dysfunction to treatment objectives: Should alcohol-related cognitive deficits influence. The way we think about treatment? *Addict Behav* 6: 253-260.

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LAS CULTURAS MEDITERRÁNEAS

Francisco Pascual Pastor
Hospital General de Elda

Recibido: 23-04-07. Aceptado: 01-06-07

RESUMEN

El consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido a lo largo de los siglos en un hecho cotidiano, con distintas implicaciones y motivaciones, se ha utilizado como alimento, medicamento o en el rituales mágico religiosos de distintas culturas.

Pero también es verdad que los abusos del mismo han producido una serie de complicaciones tanto en la salud física como psicológica de aquellos que han utilizado el etanol de forma desproporcionada.

Pero desde el efecto relajante – desinhibidor a la implicación económica y sus múltiples consecuencia ha provocado que aparezcan una serie de ambivalencias, unas proclives al consumo otras proclives a la restricción del mismo.

Sea como fuere, tanto en España, como en los distintos países de las culturas mediterráneas y ahora por extensión en otros países de Europa el consumo de bebidas alcohólicas y todo lo que ello comporta ha condicionado poderosamente los estilos y formas de vivir.

Correspondencia

Francisco Pascual Pastor
Dirección Médica Hospital General de Elda
Ctra. Elda-Sax, s/n.
03600 Elda
E-mail: pascual_fra@gva.es

El uso cotidiano, el consumo de fin de semana y los atracones están presentes e incluso las edades de inicio van disminuyendo y las cantidades consumidas se van incrementando, obviando en gran manera las consecuencias negativas de los consumos abusivos.

Cultura, tradición y forma de ser conforman un estilo de vida en el que las bebidas alcohólicas están omnipresentes.

La última consideración es la necesidad de regular la oferta y la demanda sobre todo entre los jóvenes.

Palabras clave: *Alcohol, alcoholismo, antropología, cultura mediterránea.*

ABSTRACT

The alcoholic beverages consumption has become across the centuries in a daily fact, with different implications and motivations, it has been used as well as food and medicine in magical and religious rituals in different cultures.

But alcohol abuse has produced a lot of physical, social and psychological complications in drinkers too.

Multiple consequences and ambivalences appear caused by relaxing and economical effects. The ambivalences have favoured both the consumption and the restriction.

Anyway, in Spain and in other Mediterranean and European countries, alcoholic drinks have determined styles and forms of life.

The usual consumption, the weekend use and abuse and the binge drinking are present in youngsters. The starting age is decreasing and the consumption is increasing. The abuse negative consequences have been avoided.

Culture, tradition and way of being conform a special life style where the spirits are omnipresent.

The last consideration, it is necessary to regulate the offer and demand of spirits mainly between young people.

Key words: *Alcohol, alcoholism, anthropology, Mediterranean culture.*

INTRODUCCIÓN

A nivel conceptual la antropología se podría definir como el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida, del mismo modo la antropología cultural o social es la que nos permite comprobar la condición humana.

Se sabe que desde hace ya 10.000 años las distintas culturas, pero principalmente la occidental ha venido consumiendo bebidas alcohólicas, desde el primer hidromiel, hasta las bebidas destiladas, pasando lógicamente por las fermentadas, básicamente vino y cerveza.

Pero este uso se ha ido expandiendo e incrementando a lo largo de los años a pesar de las múltiples evidencias científicas que nos advierten sobre el perjuicio del consumo abusivo de este tipo de bebidas.

Desde la embriaguez, descrita y estudiada por los egipcios hasta el alcoholismo crónico evidenciando científicamente por Magnus Huss, el cual introdujo el término de alcoholismo en el año 1849.

A través de los siglos tanto el tipo de bebidas como la forma de los consumos han ido variando dependiendo fundamentalmente del motivo por el cual se hacía el uso.

En nuestra sociedad actual, este consumo sigue preocupando sobre todo en ciertos sectores de la población, jóvenes fundamentalmente y para ciertas actividades como por ejemplo la conducción de vehículos a motor.

Si la evidencia nos confirma los daños que puede ocasionar el mal uso, por decirlo de alguna forma del etanol, ¿porqué se sigue utilizando de forma tan masiva y en ocasiones tan alarmante?

La cuestión sería pues, “¿porqué y para que se han venido consumiendo bebidas alcohólicas de forma habitual en nuestro entorno?”.

LA PREHISTORIA

Seguro que nuestros ancestros descubrieron de forma casual las primeras bebidas alcohólicas, el aguamiel o hidromiel, al confluir la recolecta de frutos con agua y su fermentación con el resultado de su ingesta: una euforia embriagadora.

Un inicio casual, que se convertiría en hecho cotidiano, recolección de frutas para su fermentación y utilización como bebida, alimento o instrumento chamánico. Siempre la religiosidad de las bebidas alcohólicas ha sido norma común y constante a lo largo de las distintas culturas accidentales.

EGIPTO

Cuna de civilizaciones y predecesora de la cultura greco – latina.

Fue la primera cultura cercana al mediterráneo con un uso cotidiano de las bebidas alcohólicas (aprox. 5000 a.C.)

En Egipto la comida no escaseaba y la alimentación, muy completa, se basaba en el pan, la cerveza, las legumbres y el pescado.

La bebida más común era la cerveza, con ella se destetaba a los lactantes (*Zythim* o *heneket*), y era fabricada a base de agua, miel y harina de cebada.

El vino se introdujo más tardíamente.

Se trataba de una bebida dulce y amarga al mismo tiempo, podía ser de malta, de dátiles, de trigo y de cebada, o bien de una mezcla de todos estos elementos. Toda esta variedad de componentes era la base de un líquido denso y de mayor graduación alcohólica que la cerveza actual.

El proceso de elaboración se basaba en la fermentación de la masa de pan (hecha a base de los cereales antes señalados) poco cocida y metida en agua. Luego se filtraba y se dejaba reposar.

El uso de las bebidas alcohólicas en ese momento histórico tenía tres funciones:

- Vida cotidiana (alimento – uso festivo – uso médico).
 - Como alimento ya hemos visto que era base fundamental de la comida de los egipcios, en principio solo cerveza y posteriormente también el vino.
 - En cuanto al uso festivo, según una descripción de un autor griego –Ateneo– sobre la cerveza egipcia, se decía: “ la cerveza es tan fuerte y sus efectos tan estimulantes que quienes la consumen, bailan, cantan y cometen los mismos excesos que los intoxicados por el más fuerte vino”.
 - Entre los usos médicos estaba la utilización de las bebidas alcohólicas para tratar los males intestinales, curar heridas y como antídoto de las picaduras de escorpión.
- Ofrendas religiosas rituales.
 - A los adolescentes, como rito de iniciación, se les regalaba un ánfora de cerveza que indicaba la cantidad diaria que podían consumir.
- Ajuares funerarios.
 - A los muertos les lavaban con cerveza antes de embalsamarlos y entre su ajuar se incluían ánforas de cerveza.

El cultivo de la vid apareció a finales del imperio antiguo en el Nilo.

Se trataba de un producto más elitista (utilizado por las clases altas) importado en ocasiones de Siria y Palestina.

Existían vinos de distintas clases (blancos, dulces, afrutados), pero el más frecuente era el tinto con mucho cuerpo y sabor ya que solían estar endulzados con miel.

Como en aquel momento no existían conservantes, se mezclaban distintos tipos de vinos viejos con los noveles con la finalidad de mejorar el sabor e impedir el exceso de fermentación o que se agriase su contenido.

GRECIA

El uso que se hacía de las bebidas alcohólicas era fundamentalmente alimenticio, festivo y religioso, es decir como una continuidad de las utilidades egipcias.

Era desayuno habitual en Grecia, tomar frutas con cerveza y utilizar tanto la cerveza como el vino para cualquier evento festivo.

El consumo sobre todo de este último adquirió tal importancia que se deificó tanto el cultivo de la vid, el proceso de elaboración como su ingesta, todo ello representado por Dionisos, que luego tendría su equivalente en la cultura romana con el dios Baco.

Dionisos era el dios del vino y la vegetación, el cual enseñó a los mortales como cultivar la vid y como hacer vino. Era bueno y amable con quienes lo honraban, pero llevaba a la locura a quienes le despreciaban a él o a sus rituales orgiásticos.

Es decir los excesos y sus consecuencias eran resultado del desprecio hacia el dios al cual se le debía el respeto de la moderación.

La tradición le hacía morir cada invierno y renacer cada primavera y en su honor se celebraban muchos ritos cada vez que renacía.

Los griegos organizaban SIMPOSIA (festín) donde se discutían diversos temas y se consumían grandes cantidades de vino y cerveza, costumbre que más tarde pasó a Roma. Y que con connotaciones muy similares se mantiene en la actualidad, basta con ver el contenido lúdico de los actuales *simposiums*

ROMA

Por todo desayuno los romanos bebían un vaso de agua. No obstante el vino italiano y su expansión mediterránea era una fuente importante para la economía del imperio, por lo que el consumo de vino se fue extendiendo primero entre la población Italiana y luego entre los distintos países del arco mediterráneo, los que estaban bajo la influencia de Roma e incluso más allá.

En la Roma imperial, existía la figura de los *vinaris*, que eran vendedores ambulantes de “caldos”, los cuales eran ofrecidos en plan calle para saciar la sed.

Y en las casas con invitados el vino corría a mares (*libaciones*), como ofrecimiento y regalo a los visitantes.

El vino se solía tomar con agua, quien tomaba el vino solo tenía reputación de vicioso. Como detalle actual podemos observar como en la eucaristía el vino (sangre de Cristo) se sigue mezclando con agua, como un símbolo para purificar, más si cabe, la sangre de Cristo. Se mejoró la conservación del vino con pez y resina retardando así la conversión de vino en vinagre.

Uno de los momentos de mayor consumo eran las *cenaes* (cenas), estas duraban entre 8 y 10 horas, aunque precisamente por la excesiva duración se evitaban males mayores.

Sin embargo, una vez terminaba la cena comenzaba la *commissatio*, borrachera protocolaria consistente en beber sucesivas copas de un trago. La persona que presidía, indicaba el número de copas, sitio y forma de beber.

Todo ello se acompañaba de eructos en la mesa como una cortesía justificada por los filósofos. Pero tampoco eran ajenos los pedos y las vomitonas como medios más eficaces para llegar al final.

Los romanos al adoptar al Dionisos griego, modificaron su segundo nombre Bakchos (Bachus, en latín) y lo transformaron en Bacchus o Baco.

Poco después se introdujeron en Roma las “bacanales” como rito de culto al dios, pero pronto se hicieron tan escandalosas, que el senado tuvo que prohibirlas el año 186 a. de J.C.

DESPUÉS DE CRISTO:

Los usos descritos hasta aquí, se mantuvieron hasta el siglo XII aproximadamente, con distintas connotaciones ya que en algunos sitios la iglesia cristiana se hizo cargo de cultivos de viñedos y fabricación de vinos y licores.

A partir del 1100, las cosas cambiaron ya que es la fecha en la que los árabes introdujeron en la cultura occidental el uso del alambique y así la fabricación de bebidas alcohólicas de más alta graduación, por medio del proceso de la destilación.

A partir de ese momento nos encontramos con la coexistencia, y hasta la actualidad, de las bebidas fermentadas junto las destiladas.

Como antecedente a la destilación, se dice que probablemente en el S. III el alquimista Zósimo de Panópolis y su hermana Theosebeia, dejasen constancia escrita de sus trabajos en los que se incluía la figura de un alambique, en busca de la piedra filosofal, o de la "fuente de la eterna juventud".

Siglos después, siguiendo con esta búsqueda, y ya en la edad media terminaron destilando el aqua vitae –alkol– o realmente el aqua ardens.

Alkol en árabe significa esencia básica de la materia.

A partir de ese momento las bebidas alcohólicas se convirtieron en una autentica panacea. Se extendió la producción y su uso se universalizó, adquiriendo una especial relevancia las aplicaciones médicas, además de las gastronómicas y las lúdicas. Por lo que podemos ver que los usos básicos de las bebidas alcohólicas se mantienen a lo largo de los siglos y a través de las distintas culturas.

La importancia económica de las bebidas alcohólicas se disparó, y el consumo de bebidas alcohólicas, ahora también destiladas fue unida a la economía conventual y a los poderes medicinales de la misma, siendo "bendecido" por distintos santos.

Efectos sobre la digestión, como estimulante del apetito o fortalecedor de la sangre, ideal para la anemia, han sido algunas de las indicaciones que han tenido las bebidas espirituosas, incluso se aseguraba en el Liber de arte Destillandi que servía para evitar la calvicie.

La panacea se convirtió en un negocio y de la salud se pasó también al proceso de enfermar, sobre todo con los consumos abusivos. Aunque este último aspecto siempre quedó relegado a un segundo plano al menos hasta el siglo XIX, haciéndose más notorio en la segunda mitad de este siglo coincidiendo con las distintas revueltas industriales. Consumo de

alcohol y luchas sociales iban unidos y los obreros utilizaban las bebidas alcohólicas en sus reuniones, para confraternizar y como medio para mantener el ritmo de trabajo tan fuerte que imponían los patronos.

En cambio empiezan a aparecer las primeras señales de alarma en torno a estos consumos y toman parte en ellas los higienistas de finales del siglo XIX, que llegan a decir: "El alcohol da fuerzas para trabajar, pero provoca enfermedades degenerativas".

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El uso de bebidas alcohólicas completaba así sus contradicciones: Salud versus enfermedad, enfermedad versus vicio, y en el terreno económico, riqueza versus pobreza.

Otra contradicción era el distinto significado que tenía y sigue teniendo el consumo en el hombre o en la mujer, en el adulto o en el adolescente. Pues parece que tanto los motivos para el consumo como las consecuencias del mismo son distintos.

Sirva como ejemplo la interpretación que ha hecho la prensa actual de un estudio sobre el consumo de alcohol entre las mujeres y que decía así: "...las mujeres británicas son las más borrachitas de Europa..." y sigue "...según este estudio, una española es la mitad de borrachita que una británica; o dicho de otro modo, de una borrachita británica se sacan dos borrachitas españolas...".

Esta, es una interpretación del alcoholismo en la mujer en la prensa del siglo XXI. ¿Diferencia de género? o simplemente mal gusto.

El caso es que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y el incremento de los problemas derivados del mismo entre las mujeres hace que los distintos estamentos sanitarios empiecen a pensar en tomar medidas al respecto.

ACTUALMENTE

El resultado es que debido al proceso transcultural, a la "amabilidad" climática y de carácter, por ser zona de intercambio, el consumo de bebidas alcohólicas se ha instaurado en toda la zona mediterránea como una característica propia del ser y estar de los distintos países que componen esta zona geográfica.

Y aunque las bebidas alcohólicas ya hace tiempo que han dejado de ser una panacea médica, siguen siendo “panacea” para las relaciones sociales, gracias al efecto psicotropo desinhibidor. Se utilizan para celebrar cualquier tipo de evento y como instrumento vehicular en las relaciones humanas, hablar, cantar, bailar, divertirse...

También ha pasado lo mismo con lo religioso, olvidando este aspecto y derivándolo hacia lo festivo, pero también lo festivo a derivado hacia lo administrativo, tal y como aseguraba Ortega y Gasset en su obra *El Espectador*, contemplado tres cuadros sobre “vino” expuestos en el museo del Prado, escribió: *“Antes mucho antes de que el vino fuera un problema administrativo, fue el vino un dios”*.

Lo administrativo viene de la mano de la economía de mercado de las bebidas alcohólicas, cerca de 700.000 familias viven en España de la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas, desde la agricultura hasta la vinicultura y la enología.

Pero también de la capacidad de las mismas de producir enfermedades, hepáticas, sanguíneas, neurológicas, cardiovasculares, con el consecuente gasto sanitario que ello implica, y la necesidad de atención sanitaria a la dependencia y sus complicaciones.

Además de la relación causa efecto a la hora de provocar accidentes de tráfico y laborales; su relación con los malos tratos y la disarmonía familiar, entre otras múltiples consecuencias.

Y es que en teoría lo que el consumidor puede desear es el uso gastronómico y yendo más lejos la embriaguez superficial desinhibidora, pero como el riesgo del consumo excesivo siempre está presente se puede pasar entonces de la embriaguez buscada a la embriaguez temida, llegando al rechazo social a través de la dependencia al alcohol, o incluso al rechazo de uno mismo.

En este sentido es muy esclarecedora la visita que hace el Principito en la Obra homónima de Antoine de Saint Exupéry al planeta habitado por un bebedor y cuyo dialogo se desarrolla en los siguientes términos:

- ¿Qué haces ahí?– preguntó al bebedor que estaba sentado en silencio ante un sinnúmero de botellas vacías y otras tantas botellas llenas.
- ¡Bebo!– respondió el bebedor con tono lúgubre.
- ¿Por qué bebes?– volvió a preguntar el principito.
- Para olvidar.
- ¿Para olvidar qué?– inquirió el principito ya compadecido.

- Para olvidar que siento vergüenza- confesó el bebedor bajando la cabeza.
- ¿Vergüenza de qué?- se informó el principito deseoso de ayudarle.
- ¡Vergüenza de beber!- concluyó el bebedor, que se encerró nueva y definitivamente en el silencio.

Observando estos pensamientos y los razonamientos expuestos con anterioridad, se puede valorar que la producción y consumo de bebidas alcohólicas se debe de entender tanto desde el punto de vista de la agricultura y la economía, como alimento y elemento religioso pero también como un elemento que proporciona placer o dependiendo de su uso y consecuencias también marginalidad, así como aparición de distintos problemas sociales y finalmente como panacea frente a la más que posible génesis de enfermedad.

Como ya hemos comentado, este último aspecto no se tomó en consideración hasta el siglo XIX, coincidiendo con la revolución industrial, pero sobre todo tomó cuerpo ya entrado el siglo XX, a partir de la identificación de algunos problemas con el trastorno por dependencia al alcohol.

Se conceptualizó al alcohol como una droga y se intentó legislar sobre ella (y se sigue intentando), en un primer momento sobre la embriaguez y sus consecuencias y luego atendiendo a las distintas complicaciones del alcoholismo crónico.

Las bebidas alcohólicas han servido también para “ganar” una identidad sexual entre sus consumidores, dependiendo del tipo de bebida alcohólica, así como para establecer unos sectores etarios en cuanto a la forma de consumir, alejados de la pauta mediterránea tradicional de consumo (pausado, sociabilizador y gastronómico), para acercarse al patrón anglosajón, de mucha cantidad en poco espacio de tiempo y con la búsqueda del efecto “droga”, típico entre los jóvenes. Determinando el llamado fenómeno del botellón.

El consumo y la extensión del mismo se ha ido universalizando a lo largo de toda Europa, incrementándose con el paso de los años las cantidades y disminuyendo la edad de inicio.

Si es cierto que en España se ha ido adoptado el modelo anglosajón de consumo, no es menos cierto que este modelo se va desvaneciendo, ya que los consumos abusivos se hacen cada vez de forma más regular y diaria, o al menos se alarga el fin de semana y por lo tanto los días de consumo.

Existe una forma de beber en Europa parecida a nuestro botellón aunque con distintas características en su origen que no en sus consecuen-

cias, es lo que se ha venido a denominar Binge Drinking (efecto lanzadera, o atracón), consistente en tomar más de 5 copas a en un mismo espacio de tiempo u ocasión de consumo, la verdad es que el consenso europeo alanzado en Eurocare ha venido a definir este fenómeno como drinking to get drunk (bebiendo para emborracharse).

AMBIVALENCIAS

Se critica que el control sobre la demanda, pero especialmente sobre la oferta, se podría entender como una limitación de las libertades individuales, no obstante algunos excesos de alcohol atentan contra la libertad de los demás, incluyendo los malos tratos o los accidentes de tráfico, con lo que la regularización es imprescindible.

Más si cabe como complemento a los planes de prevención dirigidos en particular a los jóvenes.

Por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de las bebidas alcohólicas entre los jóvenes, aun a pesar de existir alguna normativa al respecto, su nivel de cumplimiento es mínimo, sobre todo cuando analizamos la edad de inicio en el consumo (13'7 años) y la tasa de embriagueces entre este sector de la población, el 40'3% entre jóvenes varones de entre 15 a 34 años y 20'9% para mujeres de la misma franja de edad según la última encuesta poblacional del Plan Nacional de Drogas (2005-2006), se han emborrachado al menos en una ocasión en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta.

Y todo ello a pesar de que las ambivalencias se hacen cada vez más patentes, por un lado los efectos negativos biológicos, psicológicos y sociales del consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por otro los "efectos positivos para la salud", y más concretamente los atribuidos a la cerveza y principalmente al vino tinto como parte integrante de la dieta mediterránea.

Según las últimas investigaciones, gracias al aporte de flavonoides del vino, al beber durante las comidas se evita que se formen coágulos, reduciendo el riesgo de ataques cardíacos e infartos cerebrales.

Este hecho probablemente sea incontestable, aunque lo que no se suele comentar es el estrecho margen, presumiblemente terapéutico, y que pasar de 10 a 20 gramos de consumo sería bastante para que lo beneficioso se volviese perjudicial, ya que también está contrastado científicamente que el riesgo de padecer enfermedades cardio-circulatorias se

incrementa a partir de consumos superiores a 30 gramos de etanol puro al día y que en las mujeres para ingestas superiores a 20 gramos / día se aumenta la posibilidad de aparición de cáncer de mama.

Por este motivo la premisa de la Organización Mundial de la Salud es, alcohol cuanto menos, mejor. (Alcohol – less is better)

Otra de las ambivalencias es el uso de bebidas alcohólicas como fuente de placer e incluso de automedicación (para evitar sufrimientos). El placer en la comida, la conversación, la familia, los amigos, el relax, las fiestas e incluso el sexo. La relación diversión consumo de alcohol, está presente de forma constante en la conducta humana, no entendiéndose la celebración de una fiesta, cualquiera que sea su motivo u origen sin que estén presentes las bebidas alcohólicas.

Ahora bien, la contrapartida es la alteración del estado de conciencia y la aceptación del “ponerse alegre” frente al rechazo de la borrachera.

La embriaguez, aun sin ser el resultado deseable está presente en demasiadas ocasiones, así como los comas etílicos como resultado de la misma, lo cual es especialmente preocupante entre la gente joven. Y es que va a depender de la tolerancia individual de la dosis ingerida, del peso del individuo, de la presencia de alimento o del género del consumidor además de la vulnerabilidad individual, con lo cual es difícil predecir los resultados.

Pero tampoco son iguales los puntos de vista, médico, gubernamental, de la industria alcoholera y de los medios de comunicación, ya que los intereses que representa cada sector hará que el fenómeno se vea desde distintas perspectivas, incrementando o restando importancia según el caso.

DISCUSIÓN

Todo este dilema entre la permisividad en el uso, abuso solo tiene una salida ética: “la elección individual a partir de una información correcta y equilibrada”, para lo cual se precisa una implicación de todos los estamentos, sin primar los intereses económicos por encima de los sociosanitarios.

En principio nadie puede estar limitado en el ejercicio de sus derechos y de decidir en su vida, no obstante existen dos excepciones claras, una si el consumo es entre menores ya que existe una obligación por parte de las administraciones de proteger a éstos y la otra cuando el consumo

aporte consecuencias sobre la seguridad pública o directamente sobre otras personas, en ese caso también se deben arbitrar medidas al respecto de protección hacia los afectados y hacia el propio individuo.

La transculturalidad del consumo de las bebidas alcohólicas no debe estar reñida con otros valores, como el de una vida más saludable, sin renunciar a nada, sin arriesgarse a nada.

El consumo abusivo de etanol entraña, como hemos visto, un serie de riesgos que por otro lado no se ven reflejados en la percepción de riesgo que tiene la población.

No obstante, enfrentar el poder económico con el de las campañas preventivas es casi absurdo. Y aquí entramos incluso en el terreno de la incitación al consumo, "bebe con moderación, es tu responsabilidad", pero "bebe", y el de la publicidad, agresiva muchas veces y con falsos planteamientos.

Sobre todo a tenor de los datos, en España la prevalencia del consumo de alcohol es elevada, en la actualidad somos el séptimo país de mundo en cuanto a consumo de alcohol puro, aproximadamente 10'5 litros por habitante y año, siendo destacable el amplio arraigo social de este hábito entre todos los sectores la población.

El alcohol sigue estando presente en una proporción importante de accidentes de tráfico y ocasiona un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades muy tempranas.

Diversos estudios sitúan al alcohol como causa de entre el 10 y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico y entre el 15 y el 25% de los accidentes graves de tráfico.

Es preciso pues revisar la percepción de riesgo de consumo y sobre todo las medidas legislativas y preventivas a llevar a cabo

Moda, diversión, evasión, cultura y poder económico se entremezclan para seguir proponiendo el consumo de bebidas alcohólicas como un verdadero estilo de vida.

Esto puede parecer absurdo, sin embargo es un hecho real y cotidiano, que podemos observar día a día en la publicidad, en la prensa y en otros medios de comunicación social.

REFERENCIAS

- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea*. Institute of Alcohol Studies. Reino Unido.
- Benítez, F. (2004) Liga alcohólica. *Dominical*.
- Bologne, J. C. (1991). *Histoire morale et culturelle de nos boissons*. Paris, Robert Laffout.
- Brunschwig, H. (1500) *Liber de arte destillandi de simplicibus*. Strasburg.
- Carcopino, J. (2004). *La vida cotidiana en Roma en el apogeo del imperio*. Madrid, Circulo de lectores.
- Freixa, F. (2002) *De la embriaguez al alcoholismo*. Magnus Huss, 1807-1890: Conceptos vigentes en el 2002. Revista Española de Drogodependencias, 27. Valencia, Asociación Española de Estudio en Drogodependencias.
- Harris, M. (1985) *Introducción a la antropología general*. Madrid, Alianza Universidad Textos.
- Ortega, J. (1916). *El Espectador, I. Tres cuadros del vino*. En Obras Completas. Madrid, Alianza editorial.
- Otero, L. (2004). Los primeros gourmets. *Muy especial*, 67, 44-47 .
- Pascual, F. (2004) *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia, Conselleria de Sanitat.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 – análisis y principales resultados. Madrid, PNsD.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2004) Encuesta Escolar. Madrid, PNsD.
- Romaní, O. (1999) *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona, Ariel.
- Saint-Exupéry. A. (1943) *El principito*. Madrid, Alianza editorial.
- En Internet: Fundación alcohol y Sociedad. www.alcoholysociedad.org

EN LA CARRETERA A 0º POR HORA. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN AUTOESCUELAS

José Guillermo Fouce Fernández
CAID Torrejón de Ardoz (Madrid)

Recibido: 16-07-07. Aceptado: 01-09-07

RESUMEN

El fin último que persigue este innovador programa es fomentar hábitos de vida saludables con repercusión a nivel comunitario (reducción de los índices de siniestralidad en carretera) y a nivel personal (mejora de la calidad de vida) en los habitantes de nuestro municipio. Mediante la colaboración activa y conjunta entre las autoescuelas del municipio y los técnicos de prevención de drogodependencias del CAID, se trabaja para lograr el objetivo fundamental del programa: la reducción de las conductas de riesgo asociadas a la conducción bajo los efectos de alcohol y otras drogas, en los futuros conductores. Las dos líneas de actuación principales que conforman el programa son dos intervenciones paralelas y complementarias: por una parte, la impartición de talleres-conferencia dirigidos a los alumnos de las autoescuelas sobre alcohol, drogas y conducción. Entre los ejes principales de contenidos se encuentran binomios como: el alcohol y accidentes de tráfico, alcohol y efectos físicos y psicológicos sobre el organismo, alcohol y normativa legal. Las sesiones for-

Correspondencia

José Guillermo Fouce Fernández
C/ Gloria Fuertes, nº 11, 2º E.
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)
E-mail: guiller@cop.es

mativas tendrán lugar en la propia autoescuela por técnicos municipales; por otra, la entrega en la propia autoescuela del material preventivo “En la carretera... a 0° por hora”. Una breve guía didáctica con un diseño innovador y sugerente a través de la cual se pretende concienciar a los conductores de su responsabilidad al volante en materia de seguridad vial.

Palabras clave: alcohol, conducción, prevención drogas.

ABSTRACT

The last aim that persecutes this innovating program is to foment healthful habits of life with repercussion at communitarian level (reduction of the indices of sinisterness in highway) and at personal level (improvement of the quality of life) in the inhabitants of our municipality. By means of the active collaboration and it combines between the driving schools of the municipality and the technicians of prevention of drugs of the CAID, one works to obtain the main target of the program: the reduction of the conducts of risk associated to the conduction under the alcohol effects and other drugs, in the conductive futures. The two main lines of performance that the conform the program are two parallel and complementary interventions: factory-conference teaching directed to the students of the driving schools on alcohol, drugs and conduction. Between the main axes of contents are binomials like: the alcohol and physical and psychological traffic accidents, alcohol and effects on the organism, alcohol and legal norm. The formativas sessions will the delivery in take place in the own driving school by municipal technicians. the own driving school of the preventive material “In the highway... to 0° per hour”. A brief didactic guide with an innovating and suggestive design through which he tries himself to concienciar to the conductors of his responsibility to the steering wheel in the matter of security via.

Key words: prevention drugs, conduction, alcohol.

1. INTRODUCCIÓN- FUNDAMENTACIÓN

El programa que ahora presentamos y su evaluación se enmarca dentro de las directrices presentadas en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008* (Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior) y en el *Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008* diseñado por la DGT.

A lo largo del tiempo repetidamente, las encuestas sobre siniestrabilidad reflejan datos que asocian consumo de alcohol y otras drogas y accidentes de tráfico: “el alcohol esta presente en 5 de cada 10 accidentes... junto a droga y medicamentos presente en 58 % siniestros... el alcohol es el responsable del 30 al 50 % accidentes... el 60 % conductores muertos en accidente de tráfico había ingerido alcohol, drogas o medicamentos e incluso una mezcla de varias. Seis de cada diez fallecidos... Un trago de 4000 muertos... Entre el 40 y el 80% de los fallecidos en accidente de circulación habían bebido. Entre 4 y 8 de cada diez fallecidos, 4000 muertos al año... el análisis de muestras fluidos orgánicos del Instituto nacional de Toxicología señala que el 41 por ciento de los muertos habían ingerido alguna cantidad alcohol (DGT, 2001); “alcohol y medicamentos una pareja peligrosa... según encuestas recientes 8 de cada 10 conductores toma simultáneamente alcohol y medicamentos... continúa el peligro... el alcohol solo o combinado con otras sustancias como medicamentos u otras drogas estaba presente en casi la mitad de los conductores muertos en accidente de circulación en el año 2001 en niveles similares a los del año anterior... Demasiadas Rayas en la carretera... más del 10% de los conductores fallecidos en accidente en 2004 había consumido droga (DGT, 1994,1997,1999 etc).

Es decir que entre el 50% y el 80% de los accidentes de tráfico, según datos reflejados por la Dirección General de Tráfico, están relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas lo cual supone una constatación demostrada de una relación tremendamente negativa entre drogas en general y alcohol en particular y conducción.

España ocupa además uno de los últimos lugares de la Unión Europea en materia de seguridad vial, siendo fundamental en esta situación, la repercusión que el consumo de alcohol tiene en la alta siniestralidad que se registra en las carreteras españolas.

Según tráfico, si se consiguiese erradicar el consumo de alcohol entre los conductores podrían evitarse la muerte de al menos cuatro mil personas.

Pero no sólo es el alcohol la única droga que afecta negativamente a la conducción elevando el riesgo de accidente, también el cannabis, la cocaína, los medicamentos o el tabaco tienen efectos negativos. Es científicamente innegable que las drogas son perjudiciales e impiden conducir con seguridad pero muchas personas siguen consumiendo drogas antes e incluso durante la conducción aumentando en los últimos años los que consumen cocaína.

Las drogas disminuyen la capacidad de manejo de un vehículo con efectos diversos, sean estos de sedación (alcohol, morfina, heroína, etc.) haciendo que se tarde más en reaccionar. Otras como las anfetaminas o la cocaína tendrán un efecto estimulante alterando la percepción del riesgo o propiciando que se cometan más errores. Respecto al cannabis, datos recientes refieren mayor probabilidad de sufrir un accidente tras su consumo (DGT, 2004).

El consumo de drogas afectará siempre a la conducción hasta en pequeñas cantidades o con consumos no habituales. Constatada ampliamente esta realidad, cabría pues ponerse manos a la obra para tratar de prevenirla.

Entre la batería de medidas que podemos tomar con respecto al problema destacan, sin duda, las modificaciones legislativas establecidas para castigar con mayor dureza las infracciones ligadas al consumo de sustancias. Detectar y perseguir la asociación drogas- conducción es, sin duda, una medida eficaz y necesaria.

Pero complementariamente a estas medidas de índole legal y policial, se desarrollan otro conjunto de intervenciones de carácter preventivo y sensibilizador que intentan concienciar a los conductores, especialmente a los noveles y a los jóvenes, de la necesidad de romper la asociación entre consumo de drogas y conducción para evitar los peligros subyacentes a esta situación.

Con cierta frecuencia, entre las campañas generales de sensibilización para una conducción segura, las temáticas ligadas al consumo de sustancias en general, y en particular el alcohol, ocupan un lugar muy importante.

Pero no basta con acciones universales, ligadas a los grandes medios de comunicación, hay que establecer otro tipo de medidas concretas que refuercen los objetivos preventivos desde la óptica de la sensibilización, la formación o el establecimiento de hábitos saludables y protectores para los conductores.



En este sentido, las autoescuelas, como espacios de formación de conductores, suponen un aliado fundamental y clave en la incorporación de actitudes, intenciones de conducta y hábitos saludables para los nuevos conductores.

Por todo ello, desarrollamos y ponemos en marcha el presente proyecto de actuación para la prevención del consumo de drogas mientras se conduce.

Para el desarrollo del mismo, hemos establecido una alianza imprescindible con las diferentes autoescuelas del municipio como colaboradoras y coadyuvantes del proyecto.

Así mismo, decidimos desarrollar instrumentos llamativos de trabajo en la sensibilización y prevención, buscando un lema llamativo "En la carretera a 0° por hora" y un logo atrayente "Rojebrio". El manual informativo dispone de viñetas para hacerlo más atractivo y fácil de leer y posibilitar una interacción significativa con las personas destinatarias.

El programa, de acuerdo con otras experiencias analizadas previamente, se plantea de manera escalonada y guiado por el desarrollo de estrategias de bajo coste para los usuarios, en tiempo y en esfuerzo.

El desarrollo de estrategias preventivas que intenten modificar hábitos no saludables de conducta debe incidir en la información, sensibilización

y cambio actitudinal lo cual supone establecer estrategias preventivas y formativas que incidan en estos aspectos.

Pretendemos por tanto, contribuir desde nuestro espacio de responsabilidad y de posibilidad, a establecer una sensibilización y formación preventiva eficaz y significativa con los nuevos conductores en general y con los jóvenes en particular complementando acciones de carácter universal basadas normalmente en los medios de comunicación, con acciones de carácter directo y de bajo coste como la formación con nuevos conductores o el reparto de guías informativas y de sensibilización.

Por último, consideramos fundamental, establecer sistemas de evaluación de lo que proponemos, para ser capaces de determinar en que medida lo mismo resulta eficaz y eficiente, siendo conscientes de que el tipo de intervención propuesta (breve, universal, de baja exigencia) puede no suponer el cambio estable de hábitos y tendencias aunque sí puede contribuir a este tipo de objetivos más generales mediante el esfuerzo sumativo y multiplicador de acciones establecidas a diferentes niveles (medios de comunicación de masas, acciones legales, establecimiento de sanciones, folletos informativos, etc.)

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

- Directo: Reducción de las conductas de riesgo asociadas a la conducción bajo los efectos de sustancias y, por tanto, la reducción de la siniestralidad en carretera.
- Indirecto: impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar sobre los efectos que el consumo de alcohol y otras drogas pueden tener sobre la conducción, a todos los niveles (físico, psicológico, legal...).
- Fomentar hábitos de vida saludables con efectos a nivel individual (mayor calidad de vida) y a nivel comunitario (descenso en los índices de siniestralidad en carretera).
- Formar en un consumo responsable.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INTERVENCIÓN

La intervención desarrollada es una intervención preventiva de carácter universal dirigida a la reducción de la demanda de drogas por los conductores a través de la puesta en marcha de dos tipos de estrategias:

1. Informativa: difusión de información sobre:

- Características de las drogas y sus efectos sobre el organismo y sobre la conducción.
- Accidentalidad asociada al consumo de estupefacientes.
- Normativa sobre la conducción bajo los efectos de alcohol y otras drogas.
- Mitos y realidades sobre el binomio alcohol-conducción.
- Pautas para reducir riesgos a través de un consumo responsable.

2. Formativa: ampliación y profundización de la información dada en el manual para fomentar una correcta internalización de la misma y que pase a formar parte del bagaje conductual del conductor.

3.2. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

- **Geográfico:** autoescuelas de Torrejón de Ardoz.
- **Temporal:** intervenciones continuas todo el año natural.
- **Población diana:**
 - De forma directa: alumnos de las autoescuelas.
 - De forma indirecta: población general de conductores.

3.3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. DIFUSIÓN

Para difundir el programa entre la población del municipio en general y la población de autoescuelas en particular, se utiliza una estrategia de acercamiento progresivo a la población diana a través de diversas acciones coordinadas y complementarias.

En un primer momento, se realiza una presentación institucional del programa a través de los medios de comunicación locales. Con esta acción, se consigue no sólo informar de la existencia del programa a la

población de autoescuelas, lo que facilita los ulteriores acercamientos, sino que también se consigue acercar, el programa en particular y la prevención en general, a toda la población del municipio, lo que constituye un factor facilitador del conocimiento y posterior implantación de la labor preventiva entre la comunidad.

Posteriormente, se envía una carta desde concejalía a cada una de las autoescuelas del municipio, en la que de manera concisa se presenta el programa, sus objetivos y dinámica de funcionamiento, y se les invita a su participación emplazándoles para una visita de los técnicos de prevención municipales en la que se desarrollará el programa de forma exhaustiva. Tras la recepción de la carta, los técnicos municipales se ponen en contacto telefónicamente con los responsables de las autoescuelas y conciertan una cita.

Por último, se realiza la visita presencial a las autoescuelas, en la que el técnico municipal explica detenidamente el programa y entrega al responsable una muestra de los materiales: 5 manuales, dossier explicativo del proceso de funcionamiento, fichas de solicitud de talleres, fichas de solicitud de materiales y cuestionarios de evaluación del manual.

2. *REPARTO DEL MANUAL*

El manual “En la carretera a 0° por hora” se distribuye atendiendo a dos tipos de demandas, pudiendo enmarcar la distribución en masiva y selectiva.

En la distribución masiva se entrega el manual a todo aquél que lo demande a través de las fichas de solicitud entregadas en las autoescuelas. De esta forma, aunque la distribución se ciña a la población de alumnos de autoescuelas, será masiva entre esta población porque no requerirá ningún requisito para su entrega.

En la distribución selectiva se entregará el manual a todos aquellos alumnos que asistan a los talleres presenciales, de tal forma que completarán todo el ciclo informativo-formativo previsto para el programa.

En ambos casos, junto al manual se hace entrega de un cuestionario de valoración del mismo.

3. *TALLERES FORMATIVOS*

Los talleres formativos tiene como objetivo desarrollar de forma más profunda y específica los contenidos del manual. Para ello se hace hincapié en los efectos del consumo de sustancias, tanto a nivel general como

sobre la conducción en particular y se proporcionan pautas para no consumir y, en su caso, reducir al máximo los riesgos. Los talleres están estructurados de forma dinámica en la que la exposición de los contenidos se realiza mediante técnicas grupales de discusión. Así se fomenta la adquisición de un aprendizaje significativo más útil a la hora de interiorizar y utilizar los conceptos desarrollados.

Los talleres se desarrollan a petición de la autoescuela, para lo cual utilizan las fichas entregadas en la visita del técnico municipal. Tienen una duración de una hora y son coincidentes con la hora de clase teórica. Principalmente se desarrollan en los horarios nocturnos (clase de las 20:00 horas) debido a la mayor asistencia de alumnos y al perfil específico de los mismos (más jóvenes y, por lo tanto, parte de la población de más riesgo a la hora de consumir sustancias). La fecha y la hora exactas siempre vienen determinadas por las autoescuelas, estando el servicio de formación a disposición de las necesidades de las mismas. No obstante, y tras consensuarlo con varias autoescuelas, se intenta hacer coincidir el taller con la parte del temario correspondiente a conducción segura; de esta forma, se asegura una media de 3 talleres anuales por grupo y autoescuela, teniendo en cuenta que dan una vuelta al libro cada 2 – 3 meses y, por otro lado, se refuerzan los contenidos necesarios para el examen teórico de conducción.

El desarrollo de los talleres corre a cargo de un formador del municipio. Este formador se pone en contacto con la autoescuela previamente a la fecha del taller para cerrar cuestiones organizativas. En este sentido, también se llegó a un acuerdo con las autoescuelas para que no avisasen a los alumnos de la sustitución de la clase teórica ordinaria por el taller específico de alcohol y conducción, pues se comprobó que, en aquellos sitios en que se había avisado previamente, la asistencia descendió considerablemente. A comienzo del taller y tras la presentación del mismo, el formador/a entrega a todos los asistentes uno de los manuales del programa junto a una ficha de petición/recepción del mismo, en la que se reflejan los datos personales básicos. El objetivo de poseer esta información, es la posterior realización de las evaluaciones telefónicas sobre el manual. Una vez realizados estos trámites, da comienzo el taller con el formato anteriormente descrito. Cuando finaliza, el formador/a hace entrega a los alumnos de un cuestionario anónimo breve en el que se evalúa su opinión sobre el taller (desarrollo, contenidos, formador/a) y que se cumplimenta y recoge en ese mismo momento.

3.4. CRONOGRAMA

El programa que ahora presentamos se desarrollo durante el año 2005 (continuándose el desarrollo en el 2006 pero aún sin terminar el proceso de evaluación) con la siguiente distribución en calendario:

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
DIFUSIÓN PROGRAMA									X	X	X	X
REPARTO MANUALES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TALLERES FORMATIVOS	X	X	X	X	X	X				X	X	X

4. RECURSOS

HUMANOS

- Técnicos municipales para la realización de la difusión, reparto de manuales y evaluación del programa.
- Formador/a para desarrollar los talleres y elaborar informe de valoración anual de los mismos.

MATERIALES

- Diseño y elaboración de la guía “En la carretera ... a 0° por hora”
- Llaveros con el logo del programa “Rojebrío” que se entregan a los alumnos asistentes a los talleres.
- Materiales necesarios para el desarrollo de los talleres.

5. SISTEMA DE EVALUACIÓN

Se realizarán evaluaciones en las que se valorará tanto el cumplimiento de las actividades propuestas (evaluación de proceso) como la consecución de los objetivos establecidos (evaluación de resultados).

Para la *evaluación de proceso*, se realizará un análisis cuantitativo de cada una de las actividades programadas (difusión, reparto de manuales, talleres formativos).

La *difusión* se evaluará a través de la realización de un calendario de visitas y un análisis posterior con el que se dilucidarán los ratios reales obtenidos sobre la población diana.

Para evaluar el alcance conseguido con el *reparto de los manuales*, se obtendrá el sumatorio total de los manuales entregados y se realizarán cálculos porcentuales comparativos.

En cuanto a la realización de los *talleres formativos*, el análisis será de nuevo cuantitativo, obteniendo cifras globales y ratios porcentuales.

Para la *evaluación de los resultados*, los análisis cuantitativos anteriores se complementarán con análisis cualitativos de cada una de las actividades con los que se valorará el logro de los objetivos inicialmente establecidos.

La eficacia y las mejoras en el proceso de *difusión* se evaluarán a través de un cuestionario expresamente diseñado para los profesores y responsables de las autoescuelas con los que se mantienen los contactos. En este cuestionario, aparte de la valoración de otros aspectos que desarrollaremos posteriormente, se les pide su opinión sobre el proceso de difusión desde principio a fin (contactos epistolares, telefónicos y presenciales), así como sus propuestas de mejora. El cuestionario está compuesto de preguntas abiertas y se pide su cumplimentación al finalizar la edición anual del programa (época estival).

Para valorar la consecución de los objetivos establecidos con la publicación del *manual*, se aplican sendos cuestionarios a profesores y alumnos. El cuestionario consta de 10 ítems (7 cerrados tipo Likert y 3 abiertos) con los que se evalúa el formato, los contenidos, la utilidad y las propuestas de mejora. El cuestionario se cumplimenta, en el caso de los profesores, al finalizar la edición anual junto al anterior y, en el caso de los alumnos, tras un plazo aproximado de un mes tras la recepción del manual, bien entregándolo el alumno en la propia autoescuela o a través de una encuesta telefónica realizada por los formadores.

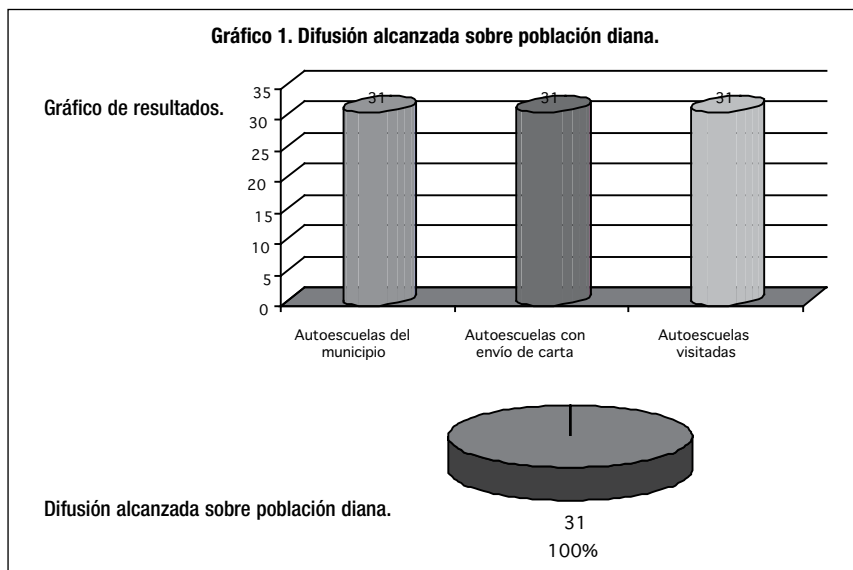
Por último, la valoración de los *talleres* se hará a través de tres fuentes de información: profesores, alumnos y formador/a. En cuanto a los profesores, la evaluación la realizarán en el cuestionario abierto mencionado en el proceso de difusión, en el que existe un bloque específico de valoración de los talleres; como en los casos anteriores, se cumplimentará al finalizar la edición anual. Los alumnos, valorarán la eficacia de los talleres, así como su utilidad y la labor del formador/a a través de un cuestionario diseñado para el caso que cumplimentarán anónimamente al finalizar el taller. Por último, el formador/a elaborará un informe evaluativo de los talleres, en el que reflejará tanto un análisis de los resultados de los cuestionarios de los alumnos, como un análisis propio junto a propuestas de mejora.



1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

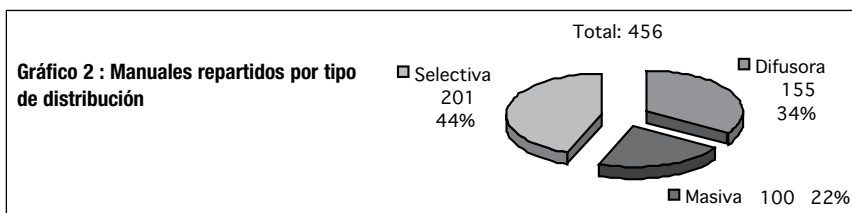
1.1. DIFUSIÓN

- Septiembre-Octubre 2005 :
 - Presentación en medios informativos locales.
 - Envío de cartas de presentación de Concejalía a las autoescuelas.
 - Presentación institucional del programa desde Alcaldía.
 - Toma de contacto telefónico de los técnicos municipales con las autoescuelas para fijar cita de presentación del programa.
- Noviembre 2005:
 - Comienzo de visitas presenciales de los técnicos municipales a las distintas autoescuelas.
 - El proceso de difusión ha sido continuo enlazando con el seguimiento posterior de los contactos. De esta forma se han realizado en torno a 160 visitas presenciales y 250 llamadas telefónicas a las autoescuelas del municipio.
- Datos cuantitativos:



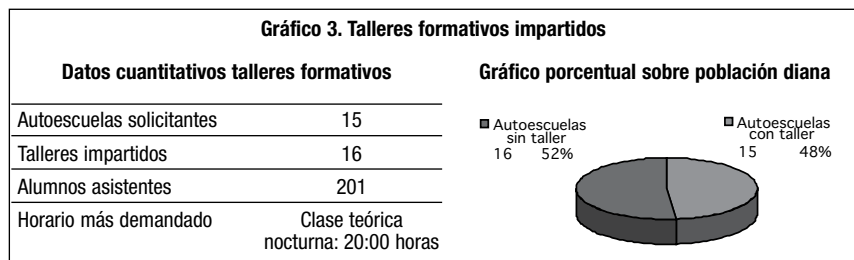
1.2. REPARTO DE MANUALES

- Los manuales comenzaron a repartirse en noviembre de 2005 y ha continuado su distribución a lo largo de la presente edición del programa.
- Atendiendo a las formas de distribución se obtienen las siguientes cifras de reparto:
- Distribución asociada a la difusión: inicialmente se destinaron 5 manuales por autoescuela para conocimiento del programa. Total de manuales repartidos: 155.
- Distribución masiva: a petición de los alumnos de las autoescuelas tras entrega de ficha de solicitud. Total: 100 manuales.
- Distribución selectiva: manuales repartidos entre los asistentes a los talleres presenciales realizados en las autoescuelas. Total: 201 manuales.
- Total de manuales repartidos: 456.



1.3. TALLERES FORMATIVOS

- Los talleres han tenido lugar durante los meses de marzo, abril y mayo de 2006.
- Datos cuantitativos:



2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tal y como está especificado en el proyecto, la evaluación de resultados se realiza a través del análisis de la información obtenida a través de tres fuentes: profesorado, alumnado y formador/a. Para ello, se les aplica diversos cuestionarios de evaluación con los que se valora las diferentes actividades del programa. De esta forma, tendríamos:

Instrumentos de Evaluación		
Nombre	Destinatario	Actividades que evalúa
Cuestionario Global para Profesores	Profesorado y responsables de autoescuelas	Difusión Manual Talleres
Cuestionario de Valoración del Manual	Profesorado Alumnado	Manual
Cuestionario de Valoración de Talleres	Alumnado	Talleres
Informe Evaluativo de Talleres	Formador/a	Talleres

En la presente edición, debido a las características inherentes a la implantación de un nuevo programa, sólo disponemos de datos provenientes del *Cuestionario Global para Profesores*, que si bien no recoge la opinión de todos los agentes implicados sí recoge la evaluación de todas las actividades del programa por parte del profesorado de las autoescuelas; asimismo disponemos de los datos provenientes del *Cuestionario de Valoración del Manual* aplicado a los profesores.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS:

2.1. CUESTIONARIO GLOBAL PARA PROFESORES

- El cuestionario consta de 4 bloques evaluativos, en los que se valora el proceso de difusión, el manual (a través del *Cuestionario de Valoración del Manual*), los talleres y sugerencias de mejora del programa.
- La evaluación se ha realizado con las 15 autoescuelas que desarrollaron talleres.

• Resultados:

Gráfico 4. Grado de satisfacción del proceso de difusión.

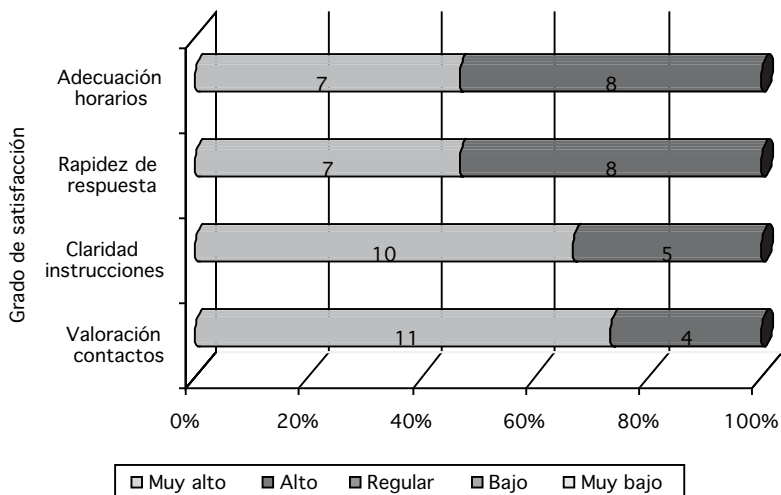


Gráfico 5. Valoración del manual.

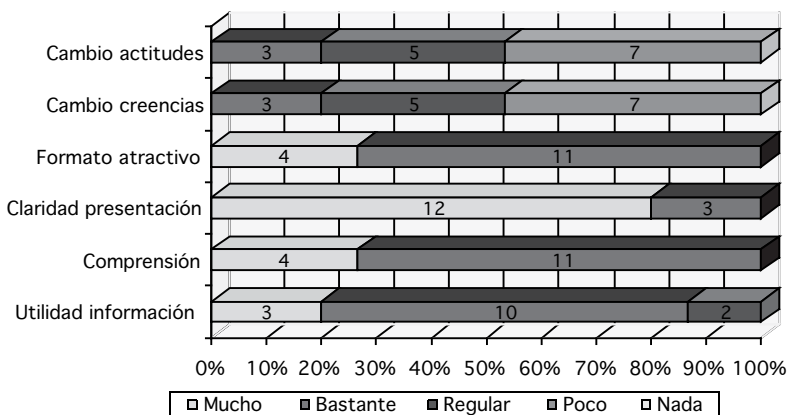
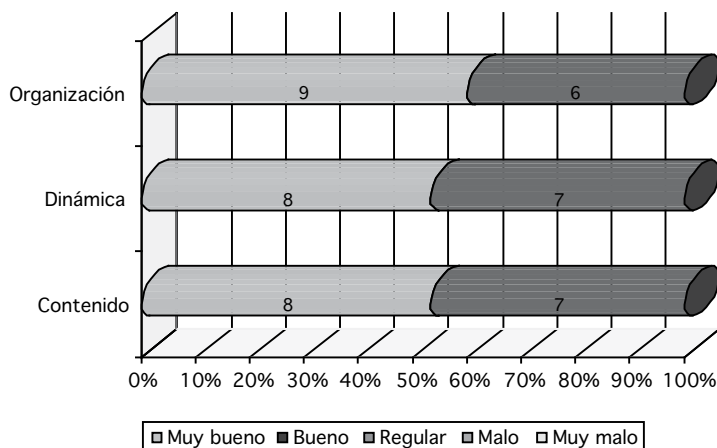


Gráfico 4. Grado de satisfacción del proceso de difusión.



2.2. SUGERENCIAS DE MEJORA:

- Contenido del taller:
 - Mayor desarrollo del binomio alcohol – conducción (7 propuestas).
 - Utilización de medios audiovisuales (5 propuestas).
 - Mostrar imágenes de accidentes y sus consecuencias (4 propuestas).
 - Ampliar el desarrollo de los efectos sobre la conducción de otras sustancias distintas al alcohol (2 propuestas).
 - Lenguaje adaptado a la comprensión del grupo (1 propuesta).
- Cuestiones organizativas:
 - Talleres trimestrales (6 propuestas).
 - Mayor intensidad de la campaña en épocas especiales, tales como las Fiestas Populares de la localidad, las navidades, el verano, etc (4 propuestas).
 - Ampliar la difusión del programa a otros ámbitos, como por ejemplo en los colegios, ofertando su puesta en marcha en 5º y 6º de Primaria como parte de un proyecto de Educación Vial (2 propuestas).

- Ofertar el programa a otros colectivos (no sólo a los alumnos de las autoescuelas), en cuyo caso la autoescuela cedería su local para los talleres (1 propuesta).

3. DIFICULTADES HALLADAS

A lo largo del proceso de implantación del programa nos hemos topado con ciertas dificultades que han enlentecido, en algunos casos, o imposibilitado, en otros, la correcta aplicación del mismo.

Análisis de dichas dificultades por actividad concreta:

DIFUSIÓN

- En este caso no ha habido ninguna dificultad destacable, consiguiendo el objetivo fundamental de realizar la difusión entre el 100% de la población diana.

REPARTO DE MANUALES

- En cuanto a la distribución difusora y la distribución selectiva, no ha habido ninguna dificultad reseñable, ya que en ambos casos se han cumplido las expectativas y objetivos marcados para esos tipos de distribución.
- En el caso de la distribución masiva, hallamos una media de 3.1 manuales por autoescuela entregados a petición expresa de los alumnos. Esta cifra es demasiado baja, por lo que debemos analizar las posibles causas de esta demanda tan pobre; entre ellas podemos señalar:
 - La presentación del programa a los alumnos de las autoescuelas dependía exclusivamente del profesor y no de los técnicos municipales. Sin entrar a valorar las razones, probablemente esta presentación no se haya llevado a cabo por los profesores con el mismo interés que tendrían los técnicos, especialmente en aquellos casos en los que no se hayan realizado talleres o hayan mostrado desinterés por el programa desde un principio.
 - En aquellas autoescuelas que realizaron taller se repartió un número elevado de manuales entre todos los asistentes, lo que reduce la posibilidad de nuevas peticiones.
 - En conclusión y enlazando las dos posibles causas anteriores: la difusión masiva del manual ha dependido, en gran medida, de las autoescuelas que no han realizado talleres que, a su vez y salvo

excepciones, son las que han mostrado menos interés desde un principio.

IMPARTICIÓN DE TALLERES:

- Aquí hallamos una serie de dificultades que imposibilitaron la total implantación de esta actividad en la población diana. Las enumeramos a continuación.

- Autoescuelas que se manifestaron muy interesadas pero que no pudieron concretar el taller por una brusca disminución de alumnado durante abril y mayo.

- Autoescuelas interesadas con las que no se pudo cerrar el taller por dificultades para contactar con los profesores (horarios nocturnos).

- Autoescuelas interesadas pero que tuvieron problemas por ausencia de profesorado durante los meses de marzo y abril.

- Autoescuelas interesadas con las que no se pudo cerrar el taller por problemas de horario con el formador.

- o Autoescuelas que manifestaron interés en un principio pero que decidieron no hacer el taller a la hora de concretarlo.

- Autoescuelas que no manifestaron interés desde un primer momento.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS. CONCLUSIONES

4.1. DIFUSIÓN

Los datos que arroja el análisis del proceso de difusión son bastante satisfactorios, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, conclusión respaldada por las imperceptibles sugerencias de mejora realizadas por los profesores encuestados.

En cuanto al análisis cuantitativo (gráfica 1) observamos una eficacia a la hora de llegar a la población diana del 100%, lo que cumple plenamente el objetivo principal de esta fase: difundir el programa entre la población de autoescuelas del municipio.

Los tiempos empleados en la difusión, aunque en un principio pueden parecer excesivos (3 meses), vemos que no son tal al subrayar que se trata del lanzamiento inicial de un programa que no tenía ningún tipo de antecedente en nuestro municipio. Esto conlleva una serie de pasos previos a la visita directa a las autoescuelas, como son la presentación en medios de comunicación, la presentación epistolar desde Concejalía y la presentación institucional a través de Alcaldía, que abarcaron los dos primeros meses y que alargaron los tiempos empleados en el proceso total de difusión. Este aparente obstáculo se convierte en una ventaja por dos razones fundamentales:

- En primer lugar, facilita la posterior entrada del programa en las autoescuelas, al ser ya conocido con antelación a la visita del técnico municipal.
- En segundo lugar, logra cumplir uno de los objetivos secundarios de cualquier programa de prevención: conseguir que la población general conozca su existencia.

En cuanto al análisis cualitativo (gráfica 4) observamos un grado de satisfacción general con el proceso de difusión que oscila entre muy alto y alto:

- En la categoría que valora el grado de satisfacción respecto a la adecuación de los horarios de visitas y llamadas efectuados por los técnicos municipales de prevención, el 53.3% de los profesores encuestados se encuentran bastante satisfechos y el 46.6% restante se muestran muy satisfechos con los horarios en que se realizaron las visitas y las llamadas telefónicas.
- En cuanto al grado de satisfacción respecto a la rapidez y oportunidad de las respuestas dadas desde el área de prevención de dro-

godependencias, los valores oscilan nuevamente entre un 46.6% muy satisfechos y un 53.3% bastante satisfechos.

- Respecto a la categoría de claridad de las propuestas e instrucciones un 66.6% se encuentran muy satisfechos y un 33.3% bastante satisfechos.
- Por último, el 73.3% de los profesores encuestados refieren una valoración muy alta de los contactos personales y telefónicos realizados y el 26.6% restante refieren una valoración bastante alta de esta categoría.

Agrupando estos resultados, podemos concluir que las autoescuelas evaluadas muestran gran satisfacción y acuerdo con la forma en que se ha realizado la difusión, aprobando tanto los aspectos más formales y objetivos (horarios) como los más proclives a valoraciones subjetivas sujetas a circunstancias personales (valoración de contactos).

Sin embargo, debemos señalar un aspecto que si bien no empaña estos resultados sí les resta cierta validez general: la ausencia de valoración del proceso de difusión de aquellas autoescuelas que no participaron finalmente en la impartición de talleres. Este es un aspecto difícil de solventar por un motivo fundamental: las razones por las que finalmente no se impartieron los talleres, ya mencionadas en un punto previo, son enormemente variadas, lo que no nos permite elaborar una estrategia homogénea de evaluación en estos casos. Cuestión pendiente de analizar para elaborar un protocolo de actuación ante casuísticas como ésta.

En resumen, la actividad de difusión realizada ha sido ampliamente reconocida, tanto a nivel de resultados (cumplimiento de la actividad) como a nivel de proceso (cumplimiento de los objetivos). En próximas ediciones se reducirá significativamente el tiempo dedicado a la difusión inicial y podremos aprovechar ese remanente temporal para hacer una difusión más selectiva entre las autoescuelas y conseguir una mayor participación en el programa completo. En líneas generales, la actividad difusora seguirá la misma dinámica, pues ha demostrado su validez en resultados y proceso.

4.2. REPARTO DE MANUALES

En este análisis incluimos tanto los datos cuantitativos de reparto de manuales como las evaluaciones cualitativas del manual que han realizado los profesores.

Los datos arrojados por el análisis cuantitativo (gráfico 2) ponen de

manifiesto diferencias importantes entre los tres tipos de difusión realizados: selectiva, difusora y masiva. Si bien en los dos primeros tipos se han cumplido los objetivos establecidos en su planificación inicial, en la distribución masiva los datos son poco alentadores.

En primer lugar, el porcentaje de manuales repartidos en este tipo de modalidad representa sólo el 22% del total, cifra escasa si tenemos en cuenta que esta difusión debería ser la más alta para conseguir el objetivo de acercar el programa y su contenido preventivo a la mayor parte de la población diana.

En segundo lugar, al extraer la media aritmética de difusión masiva, hallamos que tan sólo 3.1 alumnos por autoescuela han recibido el manual a través de esta modalidad.

En ambos casos, podríamos señalar como posibles causas las referidas anteriormente en el apartado de "Dificultades halladas" por lo que no van a ser nuevamente expuestas. No obstante, debemos tenerlo en cuenta a la hora de proponer mejoras para próximas ediciones.

Respecto al análisis cualitativo del manual (gráfico 5) afloran dos tendencias de respuesta acordes a dos grandes bloques de evaluación del contenido del manual: presentación y utilidad.

El bloque que agrupa la categoría global referente a la presentación de los contenidos, está compuesto por las subcategorías de "Comprensión de los contenidos", "Claridad de la presentación" y "Formato atractivo". En los tres casos, la tendencia de respuesta ha sido homogénea copando los valores de "mucho" y "bastante" el 100% de las respuestas. En este caso los resultados son plenamente satisfactorios.

El bloque englobado por la categoría de utilidad de los contenidos, refleja las respuestas recogidas en las subcategorías de "Utilidad de la información", "Cambio de actitudes" y "Cambio de creencias". En esta categoría la tendencia es algo heterogénea y más crítica respecto a la anterior. Respecto a la "Utilidad de la información" un 86,6% de los encuestados han señalado que la información presentada es bastante o muy útil. Este dato aislado en sí es muy satisfactorio; sin embargo, genera cierta contradicción al compararse con las respuestas dadas en las otras dos subcategorías: en los dos casos (fomento del cambio de actitudes y del cambio de creencias) el 46.6% de los profesores han señalado que la lectura del manual fomenta poco ese cambio, frente a un 33.3% que han señalado que el fomento es regular y un 20% que creen que favorece bastante el cambio. Una posible explicación de estos resultados radica en la insuficiencia de cualquier material informativo para provocar

estos cambios en actitudes y creencias; aunque la información sea útil, por sí sola no provoca una interiorización significativa de los contenidos que conlleve ese cambio buscado. Por esta razón, la optimización del programa se logra con su desarrollo total, complementando la información escrita del manual con la exposición dinámica de los talleres lo que facilita el acceso al bagaje interior de cada cual.

En conclusión, los resultados del proceso de reparto y valoración de los manuales son muy enriquecedores a la hora de establecer análisis que conducen a mejorar los protocolos de actuación establecidos en esta primera edición. En general, el análisis realizado arroja resultados satisfactorios, con ciertas limitaciones que se habían vislumbrado en el proyecto teórico inicial y que han sido corroboradas por los datos de aplicación. Esto conduce a la reelaboración del proyecto y de protocolos concretos para buscar la excelencia, objetivo final de cualquier actividad que se emprenda y que conlleve la mejora continua de la misma.

4.3. TALLERES FORMATIVOS

En este caso, las evaluaciones han medido, por un parte, la aceptación que ha tenido la propuesta de esta actividad mediante el porcentaje de talleres realizados sobre la población diana y, por otra, el desarrollo de los mismos (organización, dinámica y contenido).

Respecto al porcentaje de participación en esta actividad, obtenemos un 52% de autoescuelas que no han realizado taller frente a un 48% que sí lo han hecho (gráfico 3). Es decir, aproximadamente la mitad de la población diana ha completado el programa en su totalidad realizando todas las actividades propuestas. Las razones por las que no participaron el resto de autoescuelas ya han sido expuestas en el bloque de "Dificultades halladas". Allí se puede observar una gran variabilidad de motivos que podemos agrupar en tres categorías en función del origen:

- Origen: autoescuelas. En este caso, las razones por las que no se han realizado los talleres estriban en cuestiones internas de la dinámica de las autoescuelas y, por lo tanto, no se puede actuar sobre ellas desde el área de prevención del CAID. Así, estarían reflejadas aquellas autoescuelas que no realizaron talleres por tener un descenso brusco de alumnado en las fechas previstas, y aquellas, que sufrieron ausencia de profesorado en esas fechas.
- Origen: área de prevención del CAID. Aquí se reflejan aquellos casos en los que no se realizaron talleres por cuestiones organizati-

vas de Prevención. Señalaríamos aquellas autoescuelas que no realizaron taller por dificultades para contactar con los profesores en horario nocturno y, aquellas, que no pudieron cuadrar la fecha de celebración del taller con la disponibilidad del formador. En ambos casos, estas razones son resolubles desde el área de Prevención y así se tendrá en cuenta en la organización de próximas ediciones.

- Origen: autoescuelas + área de prevención CAID. Esta tercera categoría refleja aquellos casos en los que la no participación en la actividad es achacable a ambas entidades. Así, englobaríamos aquellas autoescuelas que no hicieron los talleres por un desinterés inicial en todo el programa o por un interés parcial en un principio que finalmente no cuajó. Responsabilizamos de este desinterés a las dos entidades: a las autoescuelas porque tendrían sus motivos que en ningún caso evaluamos y al área de prevención por no realizar una difusión y presentación del programa acertadas.

En el caso de la valoración de los talleres realizados los resultados son muy positivos, ya que el total de las autoescuelas evaluadas consideran la organización, la dinámica y el contenido de los talleres buenos o muy buenos (gráfico 6). En este sentido, se harán ligeras modificaciones tendentes a incluir las sugerencias de mejora realizadas por los profesores sobre el contenido de los talleres (señaladas en el apartado de evaluación de resultados) que desde el área de prevención nos han parecido positivas.

5. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA PRÓXIMA EDICIÓN

Para la próxima edición señalamos resumidamente las propuestas de mejora que ya se han ido detallando en la evaluación de cada actividad:

- Cuestiones generales:
 - Continuidad del programa durante todo el año natural, englobando ciclos completos de aplicación de todas las actividades con periodicidad trimestral.
 - Complimentación de las evaluaciones a través de todos los instrumentos elaborados a tal fin y con la participación de todos los agentes implicados.
 - Elaboración de un informe final de evaluación de toda la edición.
 - Mayor intensidad de la campaña en épocas especiales.
- Difusión:
 - Disminución del período inicial destinado a la difusión.

- Incremento de una difusión más detallada y selectiva entre las auto-escuelas.
- Reparto y utilidad de los manuales:
 - Mantenimiento de los protocolos de actuación en las modalidades de reparto selectivo y difusor.
 - Aumento de la cantidad de manuales entregados en la modalidad de reparto masivo:
 - Indirectamente a través del refuerzo de la difusión selectiva y específica para autoescuelas y alumnado.
 - Directamente a través de la simplificación de los procesos de obtención del manual.
 - Mantenimiento del manual actual.
 - Incremento de la percepción de cambio en actitudes y creencias en la problemática tratada, a través de estrategias que incidan en la realización completa del programa.
- Talleres formativos:
 - Periodicidad trimestral.
 - Mayor flexibilidad en la adecuación de horarios de los técnicos de prevención y el formador.
 - Fomento de la participación a través de la mejora de la difusión.
 - Inclusión y/o modificación de algunos contenidos de los talleres:
 - Mayor desarrollo del binomio alcohol-conducción.
 - Utilización de imágenes de accidentes y sus consecuencias.
 - Inclusión de los efectos sobre la conducción de otras sustancias.
 - Utilización de medios audiovisuales.
 - Lenguaje adaptado a la comprensión del grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- Calafat, A. (2000) *"Salir de marcha y consumo de drogas"*, Madrid, Delegación el Gobierno para el PND
- DGT (1994) *"Alcohol en 5 de cada 10 accidentes"*. Revista Tráfico
- DGT (1995) *"el ritmo de la noche"* Revista Tráfico
- DGT (1997) *"Mezcla explosiva"* Revista Tráfico
- DGT (1999) *"Un trago de 4000 muertos"*. Revista Tráfico
- DGT (200) *"Las drogas de diseño"* Revista Tráfico

- DGT (2001) "Alcohol y drogas: efectos mortales" Revista Tráfico
- DGT (2002) "Alcohol y medicamentos una pareja peligrosa" Revista Tráfico
- DGT (2003) "Continúa el peligro" Revista Tráfico
- DGT (2004) "Cannabis y conducción de vehículos: nuevas evidencias" Revista Tráfico
- DGT (2006) "Demasiadas Rayas en la carretera": Revista Tráfico
- Elzo, J. (2002) "*¿Qué esta pasando en la noche?*" Congreso sobre "*Jóvenes, Noche y Alcohol*" organizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid, Palacio de Congresos. 12- 14 de Febrero de 2002
- Elzo, j. Comas, D. Vielva, I. ; Laespada, T. Y Salazar, L. (2000), "*Las culturas de las drogas en los jóvenes*", Vitoria, Gobierno Vasco
- Encuesta hábitos consumo drogas jóvenes Torrejón, (2001) sin publicar, documento interno de trabajo, CAID de Torrejón de Ardoz, Madrid
- FEMP y PND (2002) Jornadas de "*Menores y consumo de drogas: líneas de actuación*". 20 horas. Segovia, Valsain, 20- 21 junio 2º2
- Pallares G. Y Feixa, C. (2000) "Espacios e itinerarios para el ocio juvenil nocturno" Revista de Estudios de Juventud, nº 50, septiembre 2000, INJUVE
- Plan Nacional de drogas (2000, 2001, 2002). *Encuesta escolar sobre drogas*.
- Plan Nacional de Drogas (2002) Congreso "Jóvenes, noche y alcohol", Madrid, 12, 13 y 14 de enero.

VIGOREXIA: ADICCIÓN, OBSESIÓN O DISMORFIA; UN INTENTO DE APROXIMACIÓN

José Miguel Rodríguez Molina
Universidad Autónoma de Madrid, España

Recibido: 24-07-07. Aceptado: 01-09-07

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es un intento de aproximación al concepto de vigorexia. Se realiza una breve aproximación histórica y se incide en la prevalencia del problema. Se intenta definir adecuadamente el concepto. Posteriormente se realiza una definición diferencial con respecto a otros trastornos como la anorexia nerviosa, la adicción al ejercicio, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) o Muscular (TDM) y otros. Se estudia la posible etiología y algunos modelos actuales. Se concluye la conveniencia de realizar estudios empíricos diferenciales con respecto a otros conceptos relacionados.

Palabras clave: adicción al ejercicio, anorexia nerviosa, dismorfia muscular, trastorno obsesivo compulsivo, Vigorexia.

ABSTRACT

The aim of this study is an attempt of approach to the concept of vigorexia. A brief historical approach is made and it is affected the prevalence of the problem. It is tried to define the concept suitably. Later a

Correspondencia

José Miguel Rodríguez Molina
Facultad de Psicología, despacho 11
Universidad Autónoma de Madrid
Campus de Cantoblanco
28049 Madrid
E-mail: jm.rodriguez@uam.es

definition is made differential with respect to other disorders like the nervous anorexia, the exercise addiction, the obsessive-compulsive disorder (OCD), the muscle dysmorphia disorder (MDD) and others. One studies the possible etiology and some present models. The convenience concludes of making empirical studies differentials with respect to other related concepts.

Keywords: exercise addition, muscle dysmorphia, nervous anorexia, obsessive-compulsive disorder, vigorexia

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CONSIDERACIONES INICIALES

La sociedad ha ido evolucionando de forma paulatina a lo largo de la historia, pero la actual sufre tal influencia de los medios de comunicación, que cualquier patrón social puede haberse extendido a todos los estratos de la sociedad en un breve periodo de tiempo (Cardona y García, 1999). Entre estos rápidos cambios interesa en este trabajo destaca por un lado la gran proliferación, sobre todo en las sociedades más avanzadas, de las denominadas nuevas adicciones. Estas “adicciones sin droga” surgen como una actividad, aparentemente inocua, que realiza el sujeto de manera repetitiva y que le produce satisfacción, consecución de algún objetivo y una gran sensación de control (Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003).

Además, es de destacar la existencia de un culto excesivo a la belleza corporal y una obsesión por la salud entendida como perfección. El cuerpo se ha convertido para muchas personas en el referente más importante de la propia identidad que homogeneiza valores a falta de otros de diferente naturaleza. Los medios de comunicación a través de películas y publicidad, relacionan la felicidad con la imagen del cuerpo, asociando entre si los conceptos de hermosura, bienestar y salud. Según Olivardia *et al.*, (2004) la mayoría de los norteamericanos están descontentos con su cuerpo y esto genera riesgo de baja autoestima, de consumo de sustancias peligrosas, de alteraciones de la alimentación y de depresión. La necesidad de un cuerpo o una imagen perfectos resultan muchas veces en diversos trastornos psicológicos (Yaryura-Tóbias, 2003).

Está cada día mejor documentado que la práctica regular de una actividad física reporta múltiples beneficios para la salud física y psicológica (Petruzzello *et al.*, 1991). Sin embargo, también puede convertirse en

un problema si “se realiza a intensidades, frecuencias o condiciones que causan deterioro y/o (...)” (Arbinaga y Caracuel, 2003).

1.2. PREVALENCIA

Aunque no hay datos definitivos, (no hemos encontrado ningún estudio de campo sobre prevalencia en España) podemos citar varios datos alarmantes al respecto:

1. Pope (2002) estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno, lo que confirma sus propios datos de 1993.
2. Olivardia (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
3. El mismo porcentaje se ha encontrado en México (Baile, 2005).
4. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación “clínica” (García Gómez y Toledo, 2005).
5. Un estudio situó el número de vigoréxicos en España entre 20.000 y 30.000 (Alonso, 2002).
6. Otro estudio estima, trasponiendo datos de EE.UU. que en España debe haber 10.500 vigoréxicos (Baile, 2005).
7. La Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Méndez, 2002).
8. Este problema se encuentra en numerosas culturas (Pope *et al.*, 2000).

Así pues, no hay datos homogéneos ni estudios de prevalencia que demuestren cuántos vigoréxicos hay en España, oscilando la cifra estimada entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo. A esto contribuye la indefinición del concepto, ya que dependiendo cómo se defina se encontrarán más o menos casos.

1.3. BREVE HISTORIA DEL TRASTORNO Y SU TERMINOLOGÍA

Las primeras anotaciones sobre la dependencia al ejercicio aparecen en los trabajos de Baekeland en 1970 (citado en Arbinaga, 2004), en los que se estudiaba el efecto que la privación del ejercicio producía en los patrones del sueño.

Se realizaron diversos estudios sobre lo que Glasser denomina “adicción positiva”, siendo muchos los autores que investigaron sobre ello y

se acuñó el término “adicción al correr”. En los años noventa se comienza a estudiar el fenómeno por el cual la práctica deportiva se convierte en una “obsesión”. Las primeras referencias las encontramos en el grupo de investigación del psiquiatra Harrison Pope en Estados Unidos, quien describió la “enfermedad” por primera vez en 1993 mientras investigaba el uso y abuso de esteroides (Pope, 1993, Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003). En realidad Pope ya había estudiado antes este trastorno que en principio consideró una forma de psicosis (Pope, 1987).

Dicho trastorno que el grupo denominó “Anorexia Nerviosa Inversa” (Reverse Anorexia) o incluso “Big-orexia”, ha evolucionado hasta el término más actual de “Dismorfia Muscular” o “dismorfofobia”. También se habla a veces (Morgan, 2000) de “Complejo de Adonis”. En la actualidad se denomina sobre todo “Vigorexia”.

Se han utilizado otros muchos nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortotexia, megarexia,...

Por tanto nos movemos en un campo confuso donde coexisten los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular o dismorfofobia, Complejo de Adonis y Vigorexia. En la actualidad, según un estudio realizado por Baile (2003) parece que los términos “Anorexia Nerviosa Inversa” o “Dismorfia Muscular”, pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo “Vigorexia” el término más extendido en los textos en castellano.

1.4. CONCEPTO

El problema no es solo ponerle nombre sino sobre determinar en qué consiste:

1. Se trata de una Adicción al Ejercicio, una de las nuevas adicciones gran incidencia, como la adicción a Internet o a las compras. Algunos autores piensan que ni se debería hablar de vigorexia (Remor, 2005).
2. Se trata de un de Trastorno Obsesivo Compulsivo, con pensamientos constantes acerca de la necesidad de ejercitarse y cuya compulsión es la propia de actividad física.
3. Es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).
4. Se trata de un trastorno de tipo cognitivo, en que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen (Dismorfia Muscular).

1.5. ELEMENTOS DE LA VIGOREXIA

Veamos qué sabemos a ciencia cierta respecto a este trastorno:

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja. (De la Serna, 2004).
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son (Baile, 2005, Pope, 1993).
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud.

II . CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES

2.1. ANOREXIA

La vigorexia ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues los sujetos vigoréxicos tienden a una restricción alimentaria, al uso de fármacos y a la realización de ejercicio excesivo, igual que en la Anorexia Nerviosa (Sandoval Sheik, 2001). Como hemos comentado a la vigorexia cuando se detectaron los primeros casos se la denominó “anorexia nerviosa inversa”, (*reverse anorexia*), debido a las características comunes que en ciertos aspectos componen estos trastornos, aunque en sentido opuesto.

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas... (De la Serna, 2004).

En ambos casos se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio. Sin embargo hay grandes diferencias entre la vigorexia y los TCA. De esta parece derivarse la idea de que aunque tengan elementos similares, la anorexia y la vigorexia son verdadera-

mente dos trastornos diferentes y la vigorexia no puede considerarse un TCA. Pueden verse las diferencias la Tabla 1.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Anorexia	
Vigorexia	Anorexia
- Se ve delgado y débil ("pequeño")	- Se ve gorda.
- Intenta ganar peso.	- Intenta perder peso
- Gusto por la ingesta de proteínas.	- Rechazo por la ingesta de proteínas.
- Más prevalente en hombres.	- Más prevalente en mujeres
- Fármacos para ganar peso.	- Fármacos para perder peso.
- No antecedentes de agresión sexual.	- A veces antecedentes de agresión sexual
- La conducta fundamental es el exceso de ejercicio.	- La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar,...)
- Siempre se hace mucho ejercicio.	- No siempre se hace mucho ejercicio

2.2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

En la vigorexia los sujetos muestran pensamientos recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué hacer para mejorarlas, y se lanzan de forma "compulsiva" a realizar ejercicio físico para compensar ese "defecto" de su cuerpo (Baile, 2005). Por ello se puede pensar que estamos ante un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Este se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes y por conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con el objetivo de reducir su malestar o prevenir acontecimientos negativos (Andrés *et al.*, 2002).

Hay elementos similares entre la vigorexia y el TOC y no solo la presencia de pensamientos y conductas recurrentes. Por ejemplo, la realización de la conducta no es propiamente placentera para el sujeto en ninguno de ambos trastornos, si bien existe un efecto de reforzamiento negativo por lo terrible que sería (imaginariamente) no hacer dicha conducta. Véase el Cuadro 1. Sin embargo también aparecen diferencias, como puede verse en la Tabla 2.

De todas formas, se estima que el 15% de las personas con TDC, sufre además un TOC (Frare *et al.*, 2004). Incluso hay autores que consideran que los TDC son una variantes de las obsesiones (Yaryura-Tóbias *et al.*, 2003).

Cuadro 1. Secuencia de conducta en el TOC y en la Vigorexia

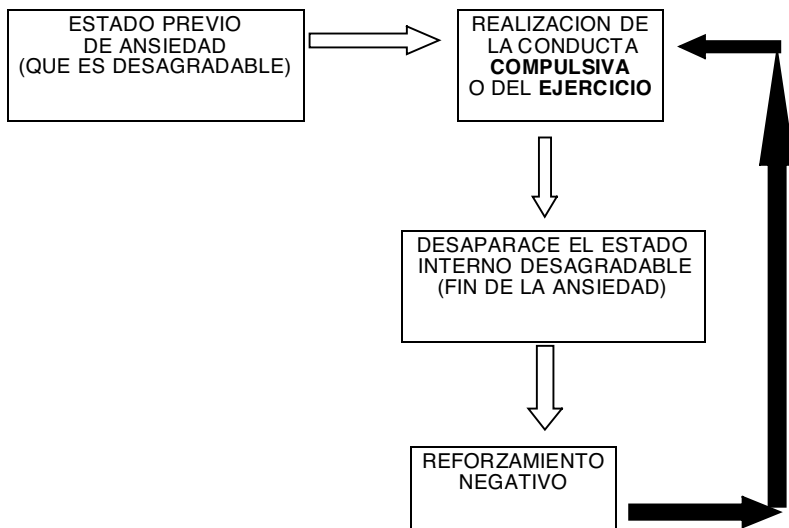


Tabla 2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

Vigorexia	TOC
- Inicio en la adolescencia o en la juventud.	- Inicio típico en la edad adulta.
- El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.	- El pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles.
- Capacidad para delegar, no se acumulan objetos, ni dinero, no hay estilo avaro.	- Alteraciones por acumulación.
- No hay rituales sin objetivo.	- Incapacidad para delegar y estilo avaro.
- Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.	- Hay rituales sin objetivo.
	- Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza,...

2.3. ADICCIONES

Algunos estudiosos asocian las conductas de los sujetos vigoréticos con las adicciones no químicas como juego, dinero, poder, trabajo, comida, sexo o deporte. La práctica compulsiva del deporte proporciona placer, es decir, ejerce un papel de refuerzo. Disminuye la ansiedad y el estrés, aumenta la autoestima y mejora las relaciones en el trabajo. Los sentimientos negativos que perciben los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo resultan similares a los de abstinencia.

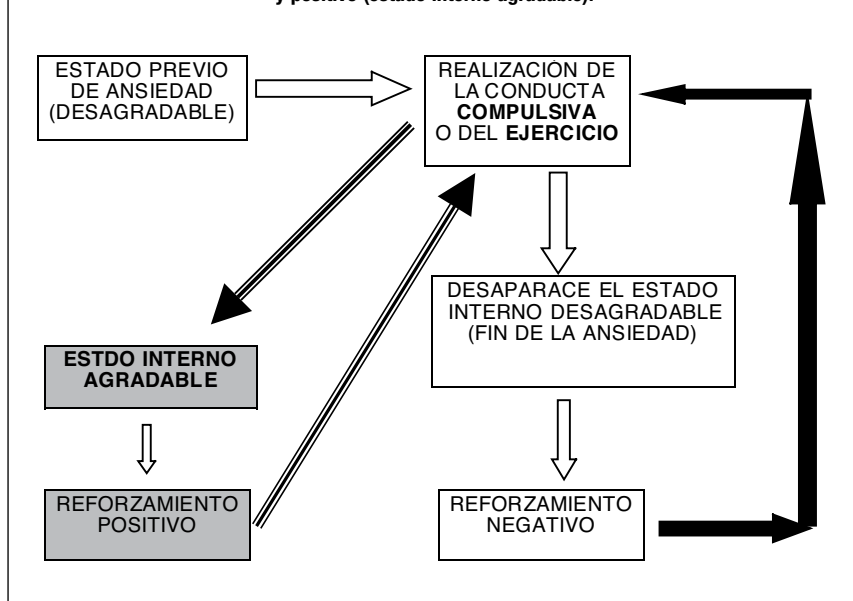
Las investigaciones que se han realizado sobre los síntomas de retirada del ejercicio, expresados por personas que practican ejercicio excesivo con regularidad cuando se ven privadas del mismo, ha proporcionado un apoyo sustancial al concepto de que la práctica de ejercicio es un proceso potencialmente adictivo. Los investigadores han informado de que tanto en las investigaciones anecdóticas como en las empíricas, los individuos dependientes del ejercicio han notificado síntomas de retirada cuando no han podido hacer ejercicio, similares a los síntomas explicados por otras personas con otros tipos de adicción (Adams y Kirby, 2003). Por tanto la vigorexia sería adicción al ejercicio.

Pero los vigoréticos muestran diferencias con los adictos al ejercicio. Los adictos realizan ejercicio buscando no solo disminuir un estado previo desagradable (por ejemplo la abstinencia) sino intentando conseguir un estado interno agradable. La práctica produce un efecto placentero, esto es hay un proceso de reforzamiento positivo. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréticos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo.

El adicto al ejercicio o a la práctica deportiva sería aquel que se encontraría a gusto mientras realizase sus ejercicios y que consideraríamos un adicto en tanto dedicase tanto tiempo a hacerlo que perjudicase su adaptación psicológica, social y laboral (véase el Cuadro 2).

En esta misma línea, ya el propio Yates (1991) concluyó que las características que presentaban aquellos primeros "corredores obligados" o "corredores obsesivos" estarían dentro de los parámetros de las compulsiones más que de los de las adicciones ya que la experiencia de estos corredores es más displacentera o dolorosa que placentera. Afirmó que para los sujetos adictos muestran rasgos de tipo egosintónico, ya que no quieren parar o detener la realización de la actividad, obteniendo básicamente placer con su comportamiento, pero los sujetos obsesivo-compulsivos serían egodistónicos, ya que no es realmente placer lo obtenido ni

Cuadro 2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable).



lo buscado, sino que encontrándose con un cierto malestar previo usarían la actividad física como reductora de dicho malestar.

Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbinaga y Caracuel, 2006). En esta línea, otro concepto que hemos encontrado durante la realización de este estudio, mencionado espontáneamente por entrenadores y monitores, sobre todo de natación y de culturismo es el de **adicción a las marcas u obsesión por las marcas**. Se trata de deportistas que hacen esfuerzos enormes, perjudicando a veces su salud y sacrificando sus estudios, su tiempo de ocio, su tiempo de pareja,... para conseguir batir una marca, por ejemplo nadar una distancia por debajo de un tiempo dado. Algo similar relató un monitor respecto a jóvenes que se entrenan para presentarse a las oposiciones de bombero y que hacen grandes sacrificios para conseguirlo. A veces perjudican su vida privada para conseguir estos objetivos e incluso llegan a doparse para lograr dichas metas. El objetivo se convierte en algo positivo (véase Cuadro 3). Sin embargo, también este problema presenta pautas diferenciadas respecto a la vigo-

Cuadro 3. Secuencia de una conducta de adicción a las marcas.

La meta es el reforzador sin necesidad de otro estado interno agradable.

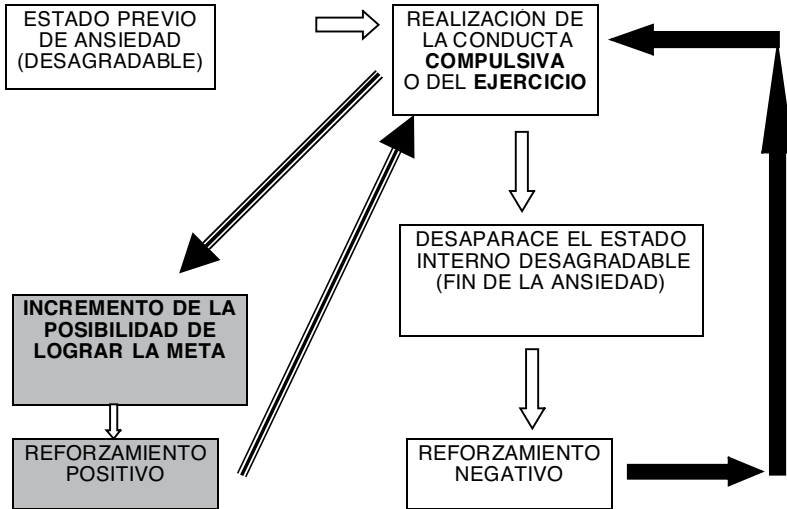


Tabla 3. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y adicción al ejercicio o a las marcas

Vigorexia	Adicción al ejercicio o las marcas
- No hay un objetivo externo, el objetivo es el propio cuerpo. - El sujeto no quiere dejar de hacer nunca tanto ejercicio. - Sobre todo se presenta en culturistas (que a veces hacen también otros deportes). - Predomina el ejercicio anaeróbico.	- Hay un objetivo externo que lo motiva todo. - El sujeto anhela el momento en que pueda dejar tanto esfuerzo (aunque luego reincida). - Se encuentra con frecuencia en nadadores, y opositores y tal vez en atletas. - Ejercicio aeróbico y anaeróbico.

rexia, como hemos resumido en la Tabla 3. Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbina y Caracuel, 2006).

2.4. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL O MUSCULAR (TDC/TDM):

Los trastornos somatomorfos son aquellos en los cuales los sujetos informan de ciertos síntomas físicos de enfermedad médica que no existe objetivamente, si bien no los fingen, sino que realmente los sienten. Se caracteriza por una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo o la apariencia, o si realmente existe, por una reacción excesiva hacia él. Véanse las definiciones correspondientes en el DSM-IV (APA, 2006) y en el CIE-10 (OMS, 2004). El TDC es, dentro de los trastornos somatomorfos, una de las alteraciones de la imagen corporal más grave que una persona puede sufrir.

La vigorexia ha sido propuesta como una variante del TDC, pues los sujetos manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil (Lantz *et al.*, 2002) Podemos decir que dentro de la información que se acompaña a los criterios diagnóstico del TDC, se recogen como síntomas y trastornos asociados, los problemas relacionados con la propia visión de la masa muscular que tienen ciertos deportistas, información que hasta ahora no había sido incluida. Puede interpretarse como un intento por parte de estos sistemas de clasificación, de introducir y por lo tanto diagnosticar la Vigorexia como un TDC. En esta línea, Kanayama *et al.* (2006) han encontrado que la principal diferencia entre culturistas que toman y que no toman anabolizantes es la dismorfia muscular (TDM) de los primeros.

Lo cierto es que el trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples problemas psicológicos (Cash y Pruzinsky, 2002)

Tras reflexionar sobre ello no nos parece que se pueda rebatir que la vigorexia sea un TDC ya que el sujeto se percibe como peor (más pequeño, débil,...) de lo que es. Esto sucede con los demás TDC: los sujetos perciben mal su cuerpo y esta es otra diferencia entre la vigorexia los TOC y las adicciones. Véase la Tabla 4. A veces se habla de Trastorno Dismórfico Muscular (TDM). El TDM, un subtipo de TDC, vendría a ser sinónimo de vigorexia.

En definitiva parece que la Vigorexia es un TDC y más concretamente un TDM.

III. ETIOLOGÍA

Se sabe poco de la etiología de la vigorexia. La explicación etiológica se ha llevado a cabo generalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hablar de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la adicción, que se encuentran en constante interacción. Estos factores pueden ser socioculturales, psicológicos y biológicos (Adams, y Kirby, 1998).

Tabla 4. Diferencias de Percepción del propio cuerpo en Vigorexia, TDM, TOC y Adicción

Vigorexia	TDM	TOC	Adicción al ejercicio o a las marcas
Siempre perciben su cuerpo como más débil o más pequeño.		Generalmente perciben bien su cuerpo.	

Las variables socioculturales pueden tener un papel fundamental como desencadenante. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación, (anuncios, series de televisión, concursos, revistas,...), fomentan unos valores sobre el físico, que van influyendo desde una temprana edad y se inculca la relación entre el aspecto y el éxito, las chicas guapas, el trabajo, el coche que quieren,... a que éste les llevará. Para conseguir todo esto es imprescindible tener es un cuerpo fornido y musculado, que además “es fácil de conseguir en el gimnasio” (Fanjul, 2006).

Una vez que llegan a este, se dan cuenta de que no es tan fácil cómo se lo vendieron, pero sí que hay productos que lo harán más fácil o rápido, o por lo menos le animará a entrenar todo el tiempo que sea necesario, (normalmente excesivo), poniendo en muchas ocasiones en peligro el resto de sus responsabilidades y la vida que tiene fuera del gimnasio, cada vez más reducida.

Sin embargo, el deseo de tener un cuerpo perfecto, no es una explicación suficiente, porque no hace que todos los sujetos terminen siendo vigoréxicos: hay gente que hace mucho ejercicio o que toma batidos de proteínas, sin por ello desarrollar este trastorno, por ejemplo sin que su vida privada se vea afectada.

Otros autores han propuesto una tendencia genética o biológica a este trastorno que ellos consideran adicción (Muñoz y Gómez, 2004). Parece que el bajo rendimiento del sistema serotoninérgico acompaña a este trastorno (Alonso, 1996), pudiendo aparecer además, un desequilibrio de

otros neurotransmisores cerebrales, como el gaba, encargado de la inhibición específica de comportamientos, o la dopamina, cuyos niveles aumentan significativamente en la práctica excesiva de deporte (igual que en otras adicciones, lo que biológicamente acercaría la vigorexia a adicción). Otra explicación biológica implica al sistema nervioso simpático y una dependencia de los niveles aumentados de catecolaminas que acompañan a la práctica regular de ejercicio (Martell, 2006). Otra línea de investigación, prometedora pero incipiente es la que sugiere que este trastorno (que sería entonces una adicción) podría ser el resultado de un déficit de opioides endógenos, estimulados por el ejercicio. Aunque en nuestra revisión se encontraron diversos estudios, estos no son concluyentes, ya que, además de tratarse de estudios anecdóticos (meras hipótesis de autores de este campo en páginas de Internet) la mayoría de las evidencias de la conexión entre endorfina y vigorexia se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal.

Los resultados no son concluyentes y no aclaran si las alteraciones en la neurotransmisión son la causa o el resultado de la vigorexia.

En cuanto a la influencia de variables individuales se puede destacar la importancia de ciertos problemas psicológicos (De la Paz, 2002; García, 2002). Los sujetos suelen presentar una historia de burlas sobre su apariencia, fracasos, relaciones interpersonales negativas,...de forma similar a lo que sucede en la Anorexia. Los sujetos realizan cogniciones equivocadas sobre su propia imagen, aparecen pensamientos obsesivos relacionados con experiencias previas. El perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo al ridículo y al fracaso y la opinión de los otros sobre ellos, juegan un importante papel (De la Serna, 2004). Esto es similar los TOC.

IV. MODELOS DE VIGOREXIA

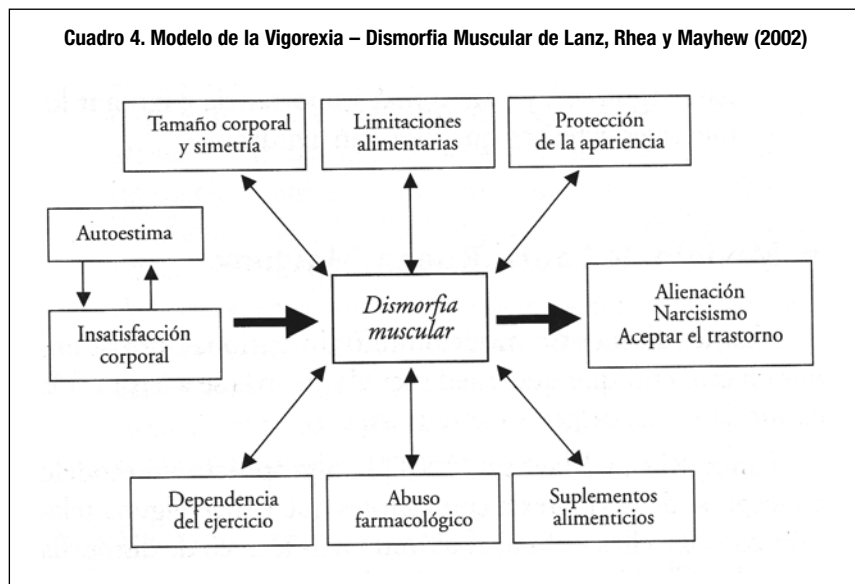
Entre los modelos revisados queremos destacar estos dos:

4.1. MODELO CONCEPTUAL DE DISMORFIA MUSCULAR (TDM).

Este modelo de dismorfia muscular (Lantz *et al.*, 2001 y Rojas Bonet, 2004) es multidimensional. Los autores proponen la clasificación de los factores implicados en la vigorexia en tres categorías (ver Cuadro 4):

1. Factores precipitantes. La autoestima y la insatisfacción corporal.

Cuadro 4. Modelo de la Vigorexia – Dismorfia Muscular de Lanz, Rhea y Mayhew (2002)



2. Características conductuales que interactúan con el trastorno siendo consecuencia negativas (objetivas) y reforzantes (subjetivas) a la vez: restricciones alimentarias, abuso farmacológico, dependencia física,... El tamaño corporal y la simetría se considera el objetivo para ellos, por esto deben realizar restricciones alimenticias, que se complementarán con los suplementos y la realización de ejercicio.

3. Consecuencias del trastorno: narcisismo y alienación.

4.2. MODELO DE BAILE

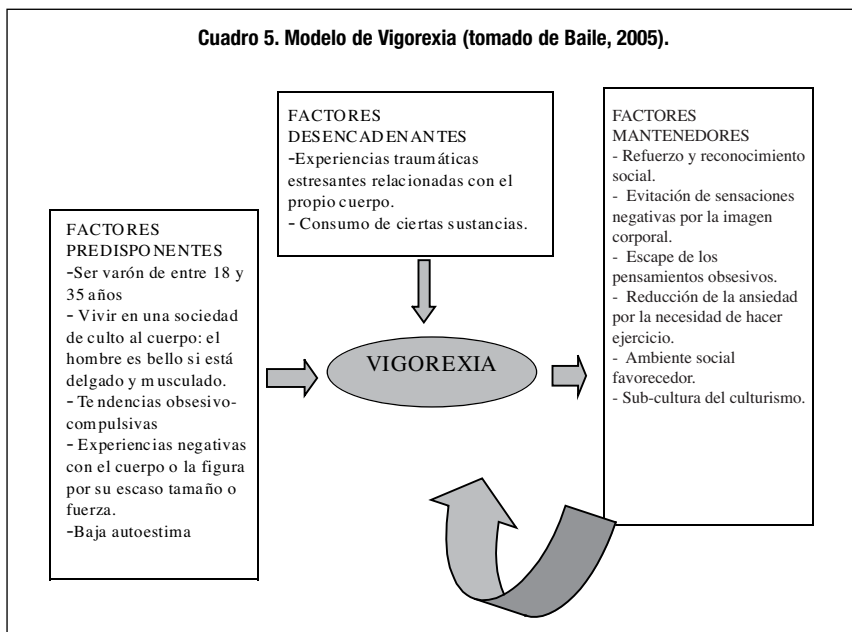
Baile (2005) Está construyendo un modelo de vigorexia. Por el momento su modelo sería así: (Ver Cuadro 5)

Se clasifican los factores etiológicos en tres grandes grupos:

- **Factores predisponentes:** factores genéticos, factores del entorno ambiental y social, experiencias previas..., que predisponen pero no causan el desarrollo del trastorno, salvo si hay un factor desencadenante.
- **Factores desencadenantes:** factores individuales y ambientales, que provocan el inicio del trastorno. Por ejemplo la baja autoestima (Olivardia *et al.*, 2004).

• **Factores mantenedores:** factores que son consecuencia del trastorno o que ocurren paralelamente y que tienen un efecto de reforzamiento sobre el mismo, provocando que se mantenga y agrave. Entre estos tenemos refuerzo y reconocimiento social, ya que cuando se comienza a hacer ejercicio esto se ve como una actividad saludable (lo que es cierta), y para los dependientes del ejercicio, todo su mundo (el gimnasio) les reconoce y felicita por lo que están logrando y el esfuerzo que están realizando. A esto es a lo que se refiere Baile con “sub-cultura del culturismo”, el mundo en el que se mueve es el gimnasio, y la mayoría de las personas con las que se relaciona persiguen objetivos parecidos a los suyos (aunque sin necesidad de que lleguen a ser vigoréxicos). De hecho el vigoréxico suele evitar el contacto social (Coles *et al* 2006). Además mediante la realización de todo el ejercicio que creen necesario, evitan la sensación de no estar haciendo lo suficiente para conseguir su meta (reforzamiento negativo), y en el gimnasio pueden estar constantemente mirándose al espejo, y viendo los cambios que están produciendo en su propio cuerpo, cambios que aunque no les parecerán lo suficientemente buenos (no hay reforzamiento positivo apreciable).

Cuadro 5. Modelo de Vigorexia (tomado de Baile, 2005).



VI. CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo inicial esclarecer un poco el concepto de vigorexia, mediante la revisión bibliográfica de los artículos relacionados con el tema para en un segundo momento realizar una investigación empírica al respecto. Para empezar no hay un término unívoco: Anorexia Inversa, Vigorexia y Complejo de Adonis son muy utilizados, si bien otros como adicción al ejercicio también lo son.

No hay tampoco una definición universalmente aceptada de vigorexia. De hecho algunos la identifican con una adicción (al ejercicio o a las marcas,...), otros a una obsesión y otros a una dismorfia muscular. Incluso algunos médicos siguen abordándolo con un trastorno de la conducta alimentaria.

Por lo que sabemos, la vigorexia implica una gran cantidad de ejercicio pero no es una simple adicción. Y ello sobre todo por dos causas:

1. El vigoréxico no busca ante todo hacer ejercicio sino aumentar su masa muscular.
2. No conlleva (o a penas) reforzamiento positivo, a diferencia de las adicciones.

La vigorexia tampoco es un TOC. Existe un componente obsesivo (al igual que en las adicciones), pero a diferencia del TOC el vigoréxico:

1. Tiene un pensamiento y una conducta poco rígidos aceptando siempre cambios que le conduzcan a su objetivo (nuevas dietas, ejercicios,...).
2. No existen rituales sin sentido sino que tienden al fin de fortalecerse.

La vigorexia no es un TCA, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, fundamentalmente porque:

1. La alteración de la alimentación, aunque puede darse no es el elemento más definitorio del trastorno,
2. La elevada cantidad de ejercicio sí lo es.

El concepto de dismorfia muscular o Trastorno Dismórfico Muscular (TDC) es el que parece más próximo. Es un TDC concreto, llamado también TDM en que el sujeto se percibe como débil, flaco o pequeño.

Por todo ello, parece que es acertado clasificar la vigorexia dentro de la dismorfia muscular, si bien como un trastorno con elementos específicos. La vigorexia no sería, pero sí compartiría elementos con: las adicciones, las obsesiones y los TCA.

No tampoco hay un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la vigorexia. Además ninguno de los modelos estudiados explica el elemento clave: **por qué el sujeto (a partir de un determinado momento y no antes) se percibe de forma errónea.** Casi todos los estudios se centran en establecer relaciones, pero no causales, con lo que la mayoría de las veces no sabemos si estamos ante causas o efectos. Es coherente pensar que si un joven es rechazado por una chica y lo achaca a su escasa musculatura tome la decisión de pasar largas horas en el gimnasio. Pero esto no explica que empiece a percibirse como menos musculoso de lo que realmente es, incluso con diferencias muy notables con la realidad.

Otra cuestión importante es que la vigorexia podría ser resultado u origen (o ambas cosas) de deterioros psicopatológicos de la personalidad. Esto está muy poco estudiado. En Argentina Rutzstein et al (2004) está iniciando un estudio en esta línea.

En definitiva sería conveniente establecer ciertas líneas de investigación. Y para empezar habría que comparar a vigoréxicos con deportistas no vigoréxicos en diversas áreas: 1.- Dismorfia muscular, 2.- Adicción al ejercicio, 3.- Obsesión por el ejercicio y 4.- Presencia de rasgos psicopatológicos de personalidad. A este fin se está desarrollando una investigación empírica, cuyos datos esperamos que ayuden a aclarar un poco estos conceptos.

VII. REFERENCIAS

- Andrés, S., Lázaro, L., Canalda, G. y Boget, T. (2002) Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo. Artículo disponible en la URL <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/107/10093/?++interactivo>
- Adams, J.; Kirby, Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión,. *Revista de toxicomanías*, 34, 10-22.
- Alonso, J. M, (2006), *La adicción al gimnasio: Vigorexia o Complejo de Adonis*. Artículo disponible en URL: http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vifgorexia.htm
- American Psychiatric Association. (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV*; 6º edición; (primera edición de esta versión, 1994) Madrid: Masson;.

- Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 71/72, 24-32.
- Arbinaga, F. y Caracuel, J. C. (2006). Perfil Socio-Deportivo de Físicoculturistas Competidores Versus no Competidores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 6(1), 7-20.
- Arbinaga, F. y Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular, *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.*, 65 (5), 7-15
- Baile, J. I. (2005). Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla. Síntesis. Madrid.
- Bonet Rojas, N. (2005). Vigorexia. El síndrome del culturista. *Protomédicos.com*. 1 (1).
- Cardona, E. y García, A., (1999). Vigorexia: La búsqueda del cuerpo perfecto, *Actas del VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*; Murcia, 19 al 22 de octubre.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (2002), *Body image: A handbook of theory, Research, and Clinical Practic.*; New York: The Guilford Press.
- Choi, P. L.; Pope, H. G. y Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 5.
- Coles M.E., Phillips, K. A., Menard W., Pagano, M. E., Fay, C. y Weisberg, R. B., (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data, *Depress Anxiety*; 23 (1); 26-33.
- De la Paz, F. (2002), Vigorexia: un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a hombres, Artículo disponible en la URL: www.cnnenespañol.com/2000/salud/09/15/vigorexia/
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2 (16), 32-40.
- Fanjul, C., (2006), *La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: Códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina*. Tesis Doctoral, Universidad Jaume I, Castellón.
- Fernández Casas, I. (2003). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y escuela. . Artículo disponible en URL: www.cfnavarra.es/webgcn/instituí/bv/actividades/ponencia.htm
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. Y Toni, C., (2004), Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Europ. Psychiatry*, 19 (5), 292-8.

- García Gómez, M. y Toledo Romero, F. (2005). Nuevas adicciones: Anorexia, bulimia y vigorexia; Conferencia en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I. Y Pope, H. G. (2006). Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid Users. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 697-707
- Lanzet, C. D., Rhea, D. J. y Cornelius, A. E. (2002). Muscle Dysmorphia in elite-level power lifters and body builders: a test of differences within a conceptual model, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16; 649-655.
- Lanzet, C. D., Rhea, D. J. y Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia, *International Sports Journal*, Winter, 71-86.
- Martell, C. A. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación, *Revista Digital de Deportes*, año 11, nº 99. Artículo disponible en URL: <http://www.efdeportes.com/>
- Méndez, R. (2002). Dopaje en el gimnasio, *El País*, 16-09-2002.
- Morgan, J. F. (2000). From Charles Atlas to Adonis complex, *Lancet*, 356 (9239): 1372-3.
- Muñoz Marrón, E y Gómez Campelo, P. (2003). Adicción al deporte y déficit de atención selectiva, *Encuentros en Psicología Social*, 1, 74-76.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Journal of Psychiatry*, 9; 254-294.
- Olivardia, R.; Pope, H. G. y Borowiecki, J. , (2004), Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms, *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.
- O.M.S. (2004). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. 2ª edición (1ª edición: 1989)., Madrid: Meditor;.
- Petrusello, S. J., Landers, D., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A. y Salazar, W. (1991), A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11 (3), 143-188.
- Pope, H. G. (2002). Adonis Complex: How to Identify, Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys. Boston: Touchstone Books.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C, Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157; 1297-1301.

- Pope, H.G. y Katz D. L. (1987). Bodybuilder's psychosis. *Lancet*, 1 (8537): 863-870
- Pope H.G., Katz D. L. y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34 (6); 406-9
- Remor, E. (2005). Dependencia ("Adicción") del ejercicio físico: ¿hecho o ficción?. *Psicología Conductual*, 13 (3). 395-404.
- Rojas Bonet, N. (2004). Anorexia, Bulimia, Vigorexia: Guía de Orientación. Alicante: Excma. Diputación de Alicante.
- Rutzstein, G.; Casquet, A.; Leonardelli, E.; López, P.; Macchi, M.; Marola, M. E. y Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista argentina de clínica psicológica*. 13(2); 119-131
- Sandoval Shaik, O. (2001). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia*. Artículo disponible en la Web de Psicocentro, URL: www.psicocentro.com
- Yaryura-Tóbias, J. A., Neziroglu, F. y Pérez Rivera, R, (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

ANÁLISIS RELACIONAL ENTRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA, AUTORREGULACIÓN Y CONSUMO DE DROGAS

José A. García del Castillo¹ y Paulo Días²

1. *Universidad Miguel Hernández de Elche (España).*

2. *Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras (Portugal).*

Recibido: 10-11-07. Aceptado: 01-12-07

RESUMEN

Este trabajo se centra en la relación existente entre los factores de protección y resiliencia, la autorregulación y el consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de 215 adolescentes de Enseñanza Secundaria de Felgueiras (Portugal). Los resultados obtenidos permiten verificar la relación existente entre el consumo de drogas y algunos factores de protección y resiliencia, pero no se encuentra una relación significativa con la autorregulación en la mayoría de los casos de consumo, a excepción del "control de impulsos", que es mayor y estadísticamente significativo en los alumnos que no consumen cocaína, crack u otros tipos de drogas. A pesar de la falta de relación significativa entre la autorregulación y el consumo de drogas, algunos indicadores permiten inferir la importancia de este concepto, que fue reforzada por la correlación encontrada entre la autorregulación y los factores de resiliencia. Podemos afirmar, por lo tanto,

Correspondencia

Paulo César Azevedo Dias.

Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras.

Rua Dr. Luís Gonzaga F. Moreira, 4610-177 Felgueiras (Portugal)

E-mail: paulo_d@sapo.pt

que la relación entre la autorregulación y el consumo están mediadas por otras variables, dada su importancia en la explicación de la resiliencia.

Palabras clave: Consumo de sustancias; factores de protección y resiliencia; autorregulación; adolescentes.

ABSTRACT

This work focuses on the relationship between protective factors and resiliency, self-regulation and the legal and illegal substance use in a group of 215 adolescents from High School (Felgueiras, Portugal) level. The results allow us to verify a relationship between substance use and some resiliency and protective factors but weren't found a meaningful relation with self-regulation in the majority of the substance use type. Excepts the "Impulse control", that favors those individuals who do not experiment cocaine, crack or other drugs. Despite the lack of relationship between self-regulation and most of substance use, some interesting tips allow us to infer the importance of this concept, which was strengthened by the moderate correlation between self-regulation and resilience factors. However, the relationship between self-regulation and consumer can be mediated by other variables, given its importance in the explanation of resilience.

Keywords: Substance use, protective factors and resiliency, self-regulation, adolescents.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, las diferentes culturas han utilizado las sustancias para diversos fines: curativos, para mejorar las relaciones sociales, como medio de comunicación con los dioses, los muertos y/o los espíritus, en la promoción de la creatividad, etc. (Castro, 2004). El alcohol ha sido, en la cultura occidental, la sustancia más comúnmente utilizada a lo largo de la historia, con fines médicos, en las comidas y especialmente en las celebraciones festivas y religiosas. No seríamos capaces de entender la historia de los pueblos occidentales sin entender el uso, muchas veces indiscriminado, de las bebidas alcohólicas (Pascual, 2004). Como señala Straus (1988) las propiedades del alcohol aparecen mencio-

nadas en el Antiguo y Nuevo Testamento más de 190 veces y aún hoy se siguen estudiando sus posibles beneficios.

En referencia al consumo de tabaco, a lo largo de gran parte del siglo XX fue socialmente aceptado como una opción personal (Jarvis, 2005), lo que ha creado la expectativa de que los fumadores utilizan el tabaco por placer, para evitar experiencias negativas o para fines sociales (OMS, 2004). Los problemas aparecen cuando la comunidad científica descubre que fumar genera dependencia, aparece asociado a diversas patologías, a problemas en el desarrollo, etc. Y de hecho, a lo largo de las últimas décadas, especialmente en las últimas tres, diversos estudios han enfatizado los efectos directos e indirectos del consumo de sustancias en problemas de salud, problemas escolares, sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas, inicio de consumos de otras drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003 *cit. in* Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García-Fernández, Hidalgo y García-López, 2007), accidentes de tráfico, suicidios y homicidios (Delgado, Bautista, Inglés, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005).

Estos efectos son todavía más inquietantes en la adolescencia y la juventud, donde se atraviesa una fase de búsqueda y desarrollo de la identidad, la independencia, la adquisición de valores personales, el alejamiento de la familia, y se desarrolla como objetivo muy potente, la aproximación a las características de su grupo de iguales (García del Castillo, 2007; Sussman, Unger y Dent, 2004). Diversos estudios han señalado que la adolescencia es el período donde se adquiere el hábito de fumar – el 80% de los fumadores adultos en los EEUU afirman que sus primeros contactos con el tabaco son antes de los 28 años (Jarvis, 2005); en España el 60,1% se iniciaron en el consumo de tabaco antes de los 18 años (PNSD, 2006) y en Portugal, el 60% de los individuos que fuman, se iniciaron antes de los 18 años (Balsa 2003). Los datos epidemiológicos nos permiten obtener indicadores que justifican la necesidad de aumentar la atención sobre el consumo de los adolescentes (Filho, 2005; Matos y Aventura Social e Saúde, 2003). La verificación de esta tesis la encontramos en el aumento de los indicadores del consumo entre 1999 y 2003, en el consumo de tabaco (pasa del 59% al 62.5%), cannabis (del 9.4% al 15.1%), otras drogas (del 5.7% al 7.4%) e inhalantes (del 3% al 8%), en cuanto al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, el número de borracheras pasa del 14.2% al 14.5% y el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas, pasa del 23.2% al 25.5% (Balsa, 2003; European School Survey Project on Alcohol

and Other Drugs, 2004). En cuanto al análisis diferencial en función del género, las diferencias desaparecen (Delgado, Bautista, Inglês, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005; Ferreira-Borges, Filho y Ramos, 2006), especialmente en el consumo de tabaco (28% entre hombres y 27.7% en las mujeres).

El consumo en función de la edad parece mantener un patrón de aumento consistente en las sustancias lícitas e ilícitas, lo que es especialmente preocupante si pensamos que los diversos estudios apuntan hacia un consumo precoz, especialmente de tabaco, como determinante para lo aumento de la probabilidad del uso y abuso (Kandel, 1992, 2002; López, García-Rodríguez, Jover y Sánchez, 2001; Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri, 2002). Podemos estimar que los jóvenes fumadores tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de consumir cannabis que los no fumadores (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal y Rasmussen, 2004).

En ese sentido este trabajo pretende centrarse en el consumo de sustancias en la adolescencia, un período de experimentación, búsqueda de experiencias y fundamental para el desarrollo físico, psicológico y social. En una primera parte presentamos modelos teóricos relevantes para comprender el consumo de sustancias, como el modelo de los factores de riesgo y protección. Además se analizan los estudios desarrollados con la resiliencia, destacando el papel de la autorregulación. En la segunda parte se presenta una investigación que tiene como objetivo verificar la relación entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de adolescentes.

2. DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN A LA AUTORREGULACIÓN

Actualmente se acepta que las primeras experiencias de consumo aparecen normalmente en los primeros años de la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias y factores evolutivos (Calleja, Señorán y González, 1996). Para intentar explicar el origen y mantenimiento del consumo, se han estudiado diversos modelos (revisión en Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003). Uno de los que orientó gran parte de las propuestas de prevención fue el modelo de los factores de riesgo y protección de Hawkins, Catalano y Miller (1992). Estos autores intentan

identificar factores que ponen a los sujetos en alto riesgo de consumo de drogas y de acuerdo con el número de factores sería posible identificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar tales comportamientos.

A pesar de la extensa difusión de este modelo y de los resultados obtenidos en numerosos estudios correlacionales, la investigación ha demostrado que la exposición a factores de riesgo, no se traduce necesariamente en comportamientos de riesgo reales. A pesar de que este enfoque ha demostrado su eficacia en áreas como la prevención de enfermedades coronarias o respiratorias, y es muy importante para la explicación y prevención de las mismas, no deja de presentar serias limitaciones (Dillon, Chivite-Matthews, Grewal, Brown, Webster, Weddell, Brown, y Smith, 2007).

Algunas de estas limitaciones se encuentran en la dificultad de distinguir cuándo los factores son realmente las causas, marcadores o solamente elementos correlacionados con las causas (Farrington, 2000); la identificación de esos factores llevó, en muchos casos, a la estigmatización de grupos de jóvenes, familias y comunidades (Constantine, Bernard y Díaz, 1999). Así mismo, no permite saber cuáles son las estrategias a implementar para reducir el riesgo (Benard, 1991) ni conocer los procesos o patrones que intervienen entre los factores de riesgo y los comportamientos de consumo, conllevando una leve probabilidad de que determinados factores de riesgo desemboquen en determinados comportamientos.

En la actualidad se fortalecen las teorías que se orientan hacia la promoción de los factores de protección y resiliencia, desviando el foco de atención de los riesgos y patologías hacia las acciones y estrategias positivas para la promoción del ajuste psicológico (Benard, 1991; Fergus y Zimmerman, 2005). En esta línea se define como objetivo prioritario la promoción de la resiliencia, que estaría determinada por la concurrencia de tres aspectos esenciales: la existencia de oportunidad para acceder a las drogas y otros factores que puedan colocar al joven en riesgo de consumo; decidir no consumir por una o más razones; y tener las competencias sociales suficientes para poner en práctica estrategias de rechazo (Dillon et al., 2007).

En una revisión reciente, Dillon y colaboradores (2007) destacan un conjunto de factores personales y del contexto, fuertemente correlacionados con el desarrollo de la resiliencia. Así, individuos resilientes parecen operacionalizar un esquema en que perciben, por ejemplo, el consumo de drogas como un riesgo para sí mismos y de esta manera evitan ese comportamiento. Al mismo tiempo establecen otros objetivos integrados

en la resiliencia e intentan fortalecer su sentido de eficacia para mantener estas decisiones en la práctica (Dillon et al., 2007). De esta manera, aparece reforzado el papel de la autorregulación, un proceso en que el individuo asume un papel activo en la construcción de su destino (Reider y de Wit, 2006) a través de la activación, monitorización, inhibición, preservación y adaptación del comportamiento, emociones y estrategias cognitivas para alcanzar los objetivos deseados (Barkley, 1997; Barkley, 2004; Díaz y Fruhauf, 1991; Novak y Clayton, 2001).

De entre las teorías sobre comportamientos de salud, una de las que tienen un merecido reconocimiento es la que estudia la autorregulación. De hecho, en una revisión de la literatura, Leventhal, Drisette e Leventhal (2003, cit in Reider y de Wit, 2006) encontraron más de 2700 publicaciones con la palabra clave "autorregulación".

Como ocurre con otros constructos, también en la autorregulación existen diferentes definiciones. En general se puede entender como un proceso que implica un esfuerzo del individuo para alterar sus estados interiores o sus comportamientos con el fin de conseguir un determinado objetivo deseado (Baumeister y Vohs, 2004). El mantenimiento de esos esfuerzos puede incluir el afrontar un conjunto de desafíos difíciles (Mischel, Cantor y Feldman, 1996 cit in Reider y de Wit, 2006). Por ello podría pensarse que la autorregulación actuaría como un índice de la resiliencia de los adolescentes, dado su potencial en el desarrollo de competencia en contextos de mayor riesgo psicosocial (Dishion, y Connell, 2006). De esa forma, pondrían ser identificadas y distinguidas tres fases: selección de objetivos; comportamientos dirigidos para ese objetivo; conseguir el objetivo y mantenerlo, y cuando sea necesario, desistir del objetivo (Reider y de Wit, 2006).

A pesar de ser un concepto aplicado con relevancia en otros contextos, como el escolar o el organizacional, su aplicación en el ámbito de la salud es más complejo, dada la discrepancia entre los objetivos de salud y los comportamientos que los individuos hacen (o no) para alcanzarlos. En ese sentido, la autorregulación entiende el comportamiento de salud como el compromiso con objetivos a largo plazo que implican el control de necesidades más inmediatas y la movilización de pensamientos, sentimientos y comportamientos (Cantor, 1990; Gollwitzer, 1996; Kuhl, 2000 cit in Reider y de Wit, 2006).

Se trata de un proceso en que el individuo es percibido como un agente activo con capacidad de construcción de su destino, a través de la toma de decisiones (Reider y de Wit, 2006). Para explicar estos procesos tene-

mos numerosas teorías, con diferentes interpretaciones sobre los mismos. Para que se puedan definir como teorías de autorregulación, Cameron y Leventhal (2003) definen dos principios básicos: 1) La autorregulación debe ser entendida como un sistema motivacional dinámico de establecimiento de objetivos, desarrollo de estrategias para alcanzarlos y revisión de esos objetivos y estrategias de acuerdo con los resultados obtenidos y 2) La autorregulación respecto del control de respuestas emocionales, señala que son percibidas como elementos cruciales del sistema motivacional, intrínsecamente relacionada con los procesos cognitivos.

Una de las primeras y más reconocidas teorías en este campo de estudio es la teoría cibernética del control (Carver y Sheier, 1998). Esta teoría defiende que los individuos viven identificando objetivos, de tal forma que para comprender a la persona hay que comprender sus objetivos (Carver y Sheier 1999). De esta manera, los individuos tenderían a actuar de una forma que los llevara a reducir la discrepancia entre su estado actual y lo que previamente habían establecido en sus objetivos, monitorizando sus progresos para alcanzarlos, de acuerdo con la situación y su personalidad (Carver, 2004).

A lo largo de la evolución teórica de este campo de estudio, ha sido estudiada su relación con distintos comportamientos de salud y riesgo. En el caso específico de la autorregulación y el consumo de drogas, algunos estudios han verificado que individuos con menor autorregulación tienden a ser consumidores habituales de alcohol (Brown, Miller, y Lewandowski, 1999), a consumir más, con mayor frecuencia y con consecuencias más negativas (Aubrey, Brown, y Miller, 1994). Parece ocurrir algo similar con el consumo de marihuana y tabaco (Brown, Baumann, Smith, y Etheridge, 1997).

Otros trabajos, por el contrario, no encuentran relación entre estas variables (Carey, Neal y Collins, 2004; Neal y Carey, 2005). De hecho, en el estudio de la relación entre los niveles de autorregulación y el consumo de sustancias, se contrastan dos hipótesis para justificar los eventuales consumos: los individuos con menores competencias de autorregulación son menos capaces de controlar sus consumos; los individuos con menores competencias de autorregulación intentan regular sus experiencias personales y sociales consumiendo alcohol (Hull y Slone, 2004). Numerosos estudios han confirmado la relación entre consumo y déficit de autocontrol, bajo control comportamental y susceptibilidad a la tentación, mientras ambientes que promueven el autocontrol (caracterizados por monitorización parental, reglas definidas claramente, recompensas

parentales adecuadas a comportamientos positivos, etc.) aparecen asociadas a un menor riesgo de uso y dependencia del alcohol. En sentido contrario, el consumo de alcohol ha sido recurrentemente asociado a motivos sociales, como estrategia de afrontamiento para soportar las emociones negativas (Hull y Slone, 2004), así como a puntuaciones bajas en resiliencia (Becoña et al., 2006).

Se clarifican, por lo tanto, algunas dudas en la definición conceptual de estas cuestiones, en especial de la población más joven. A pesar de los conocimientos adquiridos en el ámbito de los comportamientos de salud y autorregulación, la mayoría de las teorías habían sido creadas para describir y predecir procesos regulatorios y comportamientos de salud relevantes para los adultos (Gibbons, Gerrard, Reimer y Pomery, 2006). Son muy pocos los estudios que se refieren a cómo ocurren estos procesos en los adolescentes, dejando de lado cuestiones sobre cómo estos comportamientos pueden cambiar a lo largo del tiempo. Esto se puede comprobar, por ejemplo, por la falta de cualquier referencia a niños y adolescentes en el libro de Cameron y Leventhal (2003). Se vuelve así esencial aplicar los conocimientos existentes a esta población, atendiendo a sus características específicas.

En el presente estudio se pretende explorar la relación entre el consumo de drogas, los factores de protección, resiliencia y autorregulación. La mayoría de las investigaciones se orientan al ámbito de los factores de riesgo, y en menor proporción los que se dirigen hacia los factores de protección y resiliencia, y (según la revisión bibliográfica efectuada) muy pocos los que apuntan hacia la autorregulación en comportamientos de salud en Portugal. Finalmente, intentamos comprobar, de forma empírica, la relación entre la resiliencia y la autorregulación.

3. MÉTODO

3.1. MUESTRA

Para el presente estudio se seleccionó una muestra de 215 alumnos de Educación Secundaria durante el año escolar 2006/2007. La gran mayoría de los alumnos cursaba 10º año (81.9%; n=176), el 13% se encontraba en 11º año (n=28) y un 5.1% lo hacía en 12º año (n=11), con edades comprendidas entre los 14 y 20 años ($X=16.13$, $dt=1.039$) siendo un 60.8% chicas (n=129) y un 39.2% chicos (n=83).

3.2. INSTRUMENTOS

Para la evaluación de los factores de protección y resiliencia se optó por el cuestionario *Healthy Kids Resilience Assessment* (Constantine, Bernard y Díaz, 1999), que evalúa 11 factores de protección y 8 trazos de resiliencia. En la medida de los factores de protección son evaluadas las *relaciones de proximidad* con adultos en casa, en la escuela, la comunidad y con los compañeros; las *expectativas elevadas* informando consistentemente, de forma directa o indirecta, de que el sujeto se encuentra bien atendido en casa, en la escuela, en la comunidad y en el grupo de compañeros; y las *participaciones activas* y participación en actividades en las que puede contribuir de una forma activa y positiva en casa, la escuela y/o la comunidad. De entre los trazos de resiliencia, son evaluadas las competencias sociales que permiten comunicar de forma efectiva y apropiada, demostrando comprensión, flexibilidad y receptividad en situaciones sociales (*cooperación y competencias de comunicación, empatía y competencias de resolución de problemas*); autonomía y sentido de sí mismo, identidad y capacidad (*convicción personal, auto-eficacia, auto-conciencia*); sentido del significado y de los objetivos, creencia y comprensión de que su vida tiene cierta coherencia (*optimismo, objetivos y aspiraciones*). Tiene además cinco ítems experimentales sobre el sentimiento de estar solo en la escuela, la casa, o el mundo y tener amigos que provocan sentimiento de confusión de la identidad.

Para la evaluación de la autorregulación se utilizó la *Escala Reducida de Autorregulación* (Carey, Neal y Collins, 2004), un instrumento de 31 ítems concebido para la obtención de un índice total de autorregulación. Estudios posteriores sugirieron una estructura de dos factores: *Control de impulsos y Establecimiento de objetivos* (Neal y Carey, 2005). En este estudio, se optó por la estructura más específica de la definición de autorregulación.

Los instrumentos fueron acompañados por algunas cuestiones relativas a variables demográficas (género, edad, año de escolaridad y curso) y consumo de drogas legales y ilegales (tabaco, bebidas alcohólicas, drogas sintéticas, marihuana, cocaína, crack y otras drogas).

3.3. PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo con una muestra de alumnos de Enseñanza Secundaria en dos escuelas de la provincia de Felgueiras (Portugal). Des-

pués de obtener la autorización de las escuelas, se aplicaron los instrumentos a los alumnos en la clase durante el horario lectivo, en tiempos cedidos por los profesores. La aplicación fue anónima y voluntaria por parte de los sujetos. Los datos fueron codificados y analizados con el programa de tratamiento estadístico SPSS, versión 15.

4. RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados, los dividimos en tres apartados diferentes: resultados de la relación entre factores de protección y resiliencia en función del sexo y la edad; entre factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas (tabaco, alcohol y otras drogas); y relación entre factores de protección y resiliencia con la autorregulación.

4.1 FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA Y AUTORREGULACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD.

De los resultados obtenidos en la muestra, se verificó que las mujeres tienden a presentar niveles más elevados en la gran mayoría de los factores de protección y resiliencia. Encontramos diferencias significativas en los factores de protección: "Participación en casa" ($M=2.00$ en las mujeres y $M=1.81$ en los varones; $t=2.182$, $p=.030$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=2.09$ en las mujeres y $M=1.77$ en los varones; $t=2.410$, $p=.017$); "Expectativas elevadas de la comunidad" ($M=2.07$ en las mujeres y $M=1.82$ en los varones; $t=2.002$, $p=.047$); "Relaciones de cuidado con los compañeros" ($M=2.48$ en las mujeres y $M=2.18$ en los varones; $t=3.399$, $p=.001$), "Ambiente entre compañeros" ($M=2.02$ en las mujeres y $M=1.85$ en los varones; $t=2.895$, $p=.004$); y en los factores de resiliencia: "Empatía" ($M=2.27$ en las mujeres y $M=2.10$ en los varones; $t=2.360$, $p=.019$) y "Resolución de problemas" ($M=2.32$ en las mujeres y $M=2.02$ en los varones; $t=3.312$, $p=.001$).

En referencia a la relación entre edad y factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en el factor interno "Objetivos" ($M=2.08$ alumnos con 15 años; $M=2.02$ en los alumnos con 16 años; $M=1.71$ en los alumnos con 17 años; $M=1.57$ en los alumnos con 18 años; $F=3.036$, $p=.030$) y en las respuestas Setbreak (soledad, desesperanza, confusión de la identidad, frustración alta y otras emocio-

nes negativas) ($M=0.97$ alumnos con 15 años; $M=0.97$ en los alumnos con 16 años; $M=1.36$ en los alumnos con 17 años; $M=1.02$ en los alumnos con 18 años; $F=4.289$, $p=.006$). De esa forma, comprobamos que los sujetos con más edad presentan una capacidad de “Establecimiento de objetivos y aspiraciones” más baja que los más jóvenes. En sentido opuesto, los más jóvenes presentan valores más bajos significativamente en la escala con ítems Setbreak.

En cuanto a la relación entre autorregulación y género no encontramos diferencias significativas, a pesar de que los varones presentan resultados ligeramente más elevados en la puntuación total ($M=114.85$ en las mujeres y $M=114.94$ en los varones), y en las subescalas “Establecimiento de Objetivos” ($M=64.22$ en las mujeres y $M=65.35$ en los varones) y “Control de impulsos” ($M=50.63$ en las mujeres y $M=49.59$ en los varones).

Para la análisis de la autorregulación en función de la edad, fueron retirados además de los cuestionarios nulos, los grupos con pocos sujetos, como el grupo de alumnos con 14 años (0.5%; $n=1$), 19 años (2.4%; $n=5$) y 20 años (0.5%; $n=1$). De esa forma podemos hacer la comparación entre grupos con un número de sujetos paritario que posibilite el análisis estadístico. Al igual que con el género, tampoco encontramos diferencias significativas en los niveles de autorregulación en función de la edad, a pesar de que se verifica una disminución en las puntuaciones en razón inversa al aumento de la edad, en la puntuación total ($M=117.20$ alumnos con 15 años; $M=111.12$ alumnos con 18 años) y en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.35$ en los alumnos con 15 años; $M=63.18$ en los alumnos con 18 años) y “Control de Impulsos” ($M=51.85$ en los alumnos con 15, $M=47.94$ en los alumnos con 18 años).

4.2 CONSUMO DE TABACO

En el análisis de los resultados verificamos que un 70.6% de los sujetos estudiados han probado el tabaco (67.2% de las mujeres y 75.9% de los varones). De acuerdo con sus respuestas, la primera experiencia ocurrió cerca de los 13 años ($M=12.98$; $dt= 2.18$) (a pesar de que solamente un 60.5% de los alumnos respondieron a esta cuestión), teniendo la mayoría de los alumnos entre 12 y 15 años la primera vez que probaron el tabaco (16.2%; 24.6%; 16.9% y 17.7% respectivamente). En los últimos 30 días, un 75.1% no fumo ningún día, un 10.5% fumo entre 1 y 2 días y un 6.7% fumo todos los días. Los alumnos que dicen haber fumado en el último mes, lo hacen en diferentes frecuencias de consumo: menos de un ciga-

rrillo por día (6.3%), de 2 a 5 por día (5.3%), uno por día (3.9%), de 6 a 10 por día (3.4%) y 1.5% dicen consumir de 11 a 20 cigarrillos por día.

Analizando los resultados de la autorregulación en función de la experiencia anterior de consumo de tabaco, los alumnos que aseguran haber consumido más, presentan resultados ligeramente mas bajos en la puntuación total ($M=114.64$ frente a $M=115.11$), y en las subescalas "Establecimiento de Objetivos" ($X=64.45$ frente a $M=64.91$) y "Control de impulsos" ($M=50.19$ frente a $M=50.21$ en los varones). Con respecto al análisis de factores de protección y de resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en los factores "Participación activa en la escuela" ($M=1.57$ para los que probaron frente a $M=1.32$ para los que no probaron; $t=2.303$, $p=.022$) y "Objetivos" ($M=1.87$ para los que probaron frente a $M=2.16$ para los que no probaron; $t=2.533$, $p=.012$). De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se verifica que los alumnos que dicen consumir tabaco presentan una percepción de mayor participación en la escuela y menor orientación por los objetivos.

Más que estudiar si existe una relación entre el número de días que se consume y el número de cigarros por día, se intentó estudiar si existe una correlación entre los factores de protección y resiliencia y los niveles de autorregulación de los alumnos que nunca han fumado, los que han probado el tabaco pero no fumaron en los últimos 30 días y los que han probado el tabaco y fumaron en los últimos 30 días.

En los factores de protección y de resiliencia fue posible encontrar relaciones significativas en los factores: "Participación activa en la escuela" ($M=1.32$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.65$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.40$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.479$, $p=.012$); "Ambiente en la escuela" ($M=1.52$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.73$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.53$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.030$, $p=.050$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.49$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=1.64$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.38$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.250$, $p=.016$) y "Ambiente entre los compañeros" ($M=1.87$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.05$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.84$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=5.382$, $p=.005$). En cuanto a la resiliencia, encontramos diferencias significativas en los factores "Cooperación y comunicación" ($M=2.08$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.13$ entre

los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.89$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.075$, $p=.048$) y Setbreak ($M=0.93$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.14$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=0.94$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.200$, $p=.043$). Comprobamos que los resultados favorecen a los alumnos que probaron pero no fumaron en el último mes. Además, se verifica una diferencia significativa en el factor "Objetivos" ($M=2.16$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.92$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.71$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.134$, $p=.017$), apreciándose resultados más favorables los alumnos que nunca han fumado en relación a los restantes.

4.3. CONSUMO DE ALCOHOL

En referencia al consumo de alcohol, los resultados indican que un 86.5% ($n = 186$) han consumido alcohol alguna vez (86% de las mujeres y 88% de los varones). Probaron el alcohol antes de los 13 años ($M= 12.83$, $dt= 2.198$) (teniendo en cuenta que únicamente el 53.5% de los alumnos contestan a este ítem). La mayoría de los alumnos de la muestra probaron por primera vez entre los 11 y 15 años (12.2%; 11.3%; 20.9%, 17.4% y 19.1%, respectivamente).

En el análisis bivariado, considerando la relación entre experiencia de consumo y autorregulación no aparecen diferencias significativas, a pesar de que los alumnos que han probado el alcohol puntúan más bajo en los niveles de autorregulación, y no así en el total de la escala ($M=114.61$ frente a $M=116.41$). Lo mismo ocurre en las subescalas "Establecimiento de objetivos" ($M=64.45$ frente a $M=65.17$) y "Control de impulsos" ($M=50.07$ frente a $M=51.24$). En la análisis de los factores de protección y resiliencia, verificamos diferencias estadísticamente significativas en el factor "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=2.00$ en los individuos que prueban y $M=1.62$ entre los que nunca prueban; $t=-2.046$, $p=.042$) y "Ambiente en la comunidad" ($M=1.89$ en los individuos que prueban y $X=1.59$ en los que nunca prueban; $t=-2.040$, $p=.043$); y en el factor de resiliencia "Empatía" ($M=2.23$ en los individuos que prueban frente a $M=1.98$ en los que nunca prueban; $t=-2.730$, $p=.009$) siendo más consistente las puntuaciones en los alumnos que prueban el alcohol.

En el consumo en los últimos 30 días, un 52.3% ($n = 112$) de los alumnos de la muestra dice haber consumido y un 8.9% ($n = 19$) dice haber

consumido durante este tiempo cinco o más bebidas alcohólicas en pocas horas, lo que puede ser indicativo de consumo abusivo. No apreciamos diferencias significativas en la escala de autorregulación, a pesar de que aparecen puntuaciones más elevadas entre alumnos que aseguran no haber consumido nada en los últimos 30 días, tanto en la puntuación total ($M=115.79$ de los que no consumieron frente a $M=113.94$ de los que consumieron en los últimos 30 días) como en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.04$ de los que no consumieron frente a $M=64.23$ de los que consumieron en los últimos 30 días) y “Control de impulsos” ($M=50.76$ de los que no consumieron frente a $M=49.71$ de los que consumieron en los últimos 30 días). Encontramos diferencias significativas en el factor “Ambiente en la comunidad” ($M=1.94$ en los que han probado y $M=1.75$ entre los que nunca han consumido; $t=-1.983$, $p=.049$) favoreciendo a los individuos que afirman haber consumido en los últimos 30 días.

En referencia al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en pocas horas, señalado por un 8.9% ($n=19$), encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en los factores de protección “Participación activa en casa” ($M=1.60$ de los individuos que consumen frente a $M=1.95$ entre los que dicen no haber consumido; $t=2.340$, $p=.020$) y en las “Expectativas elevadas de los compañeros” ($M=1.32$ de los que consumen frente a $M=1.55$ entre los que no consumen; $t=1.992$, $p=.048$), favoreciendo a los alumnos que no consumen. No encontramos relación significativa con los niveles de autorregulación, a pesar de que los alumnos que dicen haber consumido 5 o más bebidas registran puntuaciones totales más bajas ($M=109.84$ para los individuos que consumen frente a $M=115.44$ entre los que no consumen). Algo similar ocurre en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=61.79$ frente a $M=65.01$) y “Control de impulsos” ($M=48.05$ frente a $M=50.43$).

En un tercer análisis, que nos parece todavía más pertinente, se intenta analizar la relación entre consumo de bebidas alcohólicas, factores de protección y resiliencia y autorregulación. Como en análisis anteriores no encontramos diferencias significativas en la relación con los niveles de autorregulación. Sin embargo, parece verificarse que los alumnos que nunca han bebido presentan puntuaciones más altas (116.61), seguidos de los que han probado el alcohol pero no han bebido en el último mes (115.45) y las puntuaciones más bajas son obtenidas por los sujetos que han probado y beben en el último mes más cinco o más bebidas (108.83).

Por lo que respecta a los factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas únicamente en el factor "Participación activa en casa" ($M=1.84$ para los individuos que nunca beben, $M=2.03$ para los que han bebido alguna vez, pero no en el último mes, $M=1.93$ para los que han bebido en el último mes y $M=1.57$ para los que han bebido en el último mes 5 o más bebidas en pocas horas; $F=2.651$, $p=.050$).

4.4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Según los datos recogidos fue posible verificar que un 15.3% ($n = 33$) de los alumnos ha consumido comprimidos u otros medicamentos sin prescripción médica (un 17.8% de las mujeres y un 12% de los varones). Aunque no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de autorregulación, nos parece interesante resaltar que los niveles de autorregulación son más elevados en los sujetos que no consumen comprimidos ($M=115.10$ frente a $M=113.48$).

En la relación entre consumo de comprimidos y factores de protección, encontramos diferencias significativas en los factores: "Expectativas elevadas en la escuela" ($M=1.69$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.95$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.343$, $p=.023$); "Participación activa en casa" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.14$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.152$, $p=.033$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.36$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.661$, $p=.001$); "Expectativas elevadas en la comunidad" ($M=1.90$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.34$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.652$, $p=.001$); "Ambiente en la comunidad" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.228$, $p=.002$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.51$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.70$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-1.975$, $p=.050$); "Ambiente entre Compañeros" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.384$, $p=.002$) y el total de factores de protección ($M=1.86$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.05$ para los que han consumido compri-

midos sin prescripción médica; $t=-2.386$, $p=.018$) y el trazo de resiliencia “Resolución de problemas” ($M=2.13$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.56$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.431$, $p=.001$) favoreciendo a los sujetos que consumen comprimidos sin prescripción médica. En cuanto a los factores de protección y resiliencia se verifica, en general, puntuaciones más elevadas en los individuos que consumen comprimidos, es decir, los sujetos que consumen parecen presentar menores niveles de autorregulación pero mayor percepción de los factores de protección y resiliencia, especialmente en los que encontramos diferencias significativas.

4.5. CONSUMO DE MARIHUANA

De acuerdo con los datos obtenidos fue posible verificar que un 6% ($n = 13$) de los alumnos consumió marihuana (el 2% de las mujeres y el 12% de los varones). En este caso también encontramos diferencias estadísticamente significativas, pero únicamente en el factor “Expectativas elevadas de los compañeros”, con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=1.56$ de los individuos que no consumen frente a $M=1.26$ para los que consumen marihuana, para $t=2.086$, $p=.038$). En la escala de autorregulación encontramos puntuaciones más elevadas en los individuos que dicen no consumir marihuana pero sin que las diferencias fuesen significativas en la puntuación total ($M=115.06$ frente a $M=111.62$), sucediendo lo mismo en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=64.66$ frente a $M=64.15$) y “Control de impulsos” ($M=50.40$ frente a $M=47.46$).

4.6 CONSUMO DE COCAÍNA, CRACK Y OTRAS DROGAS

En el estudio pudimos verificar que el 7.4% ($n = 16$) de los alumnos asegura haber consumido cocaína, crack u otras drogas (el 3.1% de las mujeres y el 14.5% de los varones). Encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en la subescala “Control de impulsos”, con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=50.55$ frente a $M=46.13$ de los que dicen consumir; $t=2.026$, $p=.044$), es decir, los alumnos que aseguran no consumir cocaína, crack u otros tipos de drogas manifiestan mayor control de impulsos. También en las puntuaciones totales de la escala de autorregulación son más elevadas en el grupo de alumnos que dice no consumir, pero sin que aparezcan diferencias esta-

dísticamente significativas ni en la puntuación total ($M=115.10$ frente a $M=111.81$), ni en la subescala “Establecimiento de objetivos” ($M=64.54$ frente a $M=65.69$).

4.7. RELACIÓN ENTRE FACTORES DE PROTECCIÓN Y RESILIENCIA, Y AUTORREGULACIÓN

Recurriendo al Test de Correlación de Spearman, intentamos comprobar la relación entre los factores de protección y resiliencia y los de autorregulación. De los resultados (Cuadro 1, 2 y 3), fue posible verificar una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala de autorregulación y sus subescalas, y los factores de protección en casa (“Relaciones de cuidado”, “Altas expectativas” y “Participación significativa”), y “Altas expectativas de la comunidad”, pero con correlaciones bajas. En referencia a la relación con los factores internos de resiliencia, la correlación es también significativa y más elevada. Es especialmente potente la relación entre autorregulación y los factores de resiliencia “Auto-estima”, “Resolución de problemas”, “Auto-conciencia” y “Recursos internos”. En sentido negativo encontramos una correlación significativa entre los ítems Setbreak y los niveles de autorregulación. Es decir, cuanto mayor es la autorregulación, menor es el sentimiento de soledad y desesperanza.

Cuadro 1. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la escuela y la comunidad (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

	RSE	AEE	PSE	AE	RSC	AEC	PSC	AC
SSRQ Total	<i>r</i>	,102	,097	,038	,093	,309**	,212**	,238**
Total	<i>p</i>	,137	,155	,583	,175	,000	,002	,000
Objetivos	<i>r</i>	,156*	,152*	,085	,151*	,283**	,235**	,223**
	<i>p</i>	,022	,026	,212	,027	,000	,001	,001
Control	<i>r</i>	,034	,045	,004	,035	,266**	,143*	,232**
	<i>p</i>	,625	,511	,952	,608	,000	,036	,001

Cuadro 2. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la comunidad, con los compañeros y total (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

		RCom	ACom	PCom	ACom	RSP	AEP	AP	FP
SSRQ Total	<i>r</i>	,129	,217**	,048	,171*	,139*	-,095	,044	,195**
	<i>p</i>	,059	,001	,480	,012	,041	,166	,523	,004
Objetivos	<i>r</i>	,180**	,274**	,073	,222**	,197**	-,024	,112	,241**
	<i>p</i>	,008	,000	,285	,001	,004	,728	,101	,000
Control	<i>r</i>	,069	,136*	,038	,110	,085	-,107	,007	,138*
	<i>p</i>	,313	,047	,583	,108	,212	,118	,913	,044

Cuadro 3. Correlación entre autorregulación y factores de internos de resiliencia y ítems *Setback* (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05).

		CC	AE	E	RP	AC	O	RI	IF
SSRQ Total	<i>r</i>	,277**	,391**	,209**	,306**	,406**	,287**	,446**	-,310**
	<i>p</i>	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000
Objetivos	<i>r</i>	,325**	,450**	,305**	,346**	,436**	,287**	,499**	-,195**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004
Control	<i>r</i>	,198**	,288**	,096	,221**	,299**	,222**	,324**	-,334**
	<i>p</i>	,004	,000	,161	,001	,000	,001	,000	,000

5. DISCUSIÓN

Con este trabajo pretendemos comprender la relación entre los factores de protección, resiliencia y autorregulación. De hecho, a lo largo de las últimas décadas diversos estudios han apuntado la importancia del estudio de los factores de protección y más recientemente sobre la resiliencia, en la que la autorregulación parece tener un papel central.

Aunque la selección de la muestra no fue aleatoria ni cubre objetivos de representatividad de la población portuguesa, concuerda con las tasas de consumo de otros estudios epidemiológicos más representativos (e.g. en lo European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). En la muestra estudiada se verifica la existencia de un consumo más elevado

de sustancias legales (el 70.6% de nuestra muestra frente al 62.5% de la población portuguesa, ha consumido tabaco; el 86.5% en nuestra muestra frente al 78% en la población portuguesa, ha consumido alcohol; el consumo de medicamentos sin prescripción médica vemos que está en torno al 15.3%, siendo en la población portuguesa una tasa de consumo de ansiolíticos o tranquilizantes sin prescripción médica mucho más baja, en concreto del 5%) y menor consumo de sustancias ilegales (el 6% de los alumnos dicen consumir marihuana, frente al 15.1% en la población portuguesa; el 7.4% ha consumido cocaína, crack u otras drogas frente al 7.4% de otras drogas y 8% de inhalantes, en población portuguesa). Estos datos pueden reflejar características de la muestra, cuyos orígenes culturales e históricos favorecen un contacto más próximo con el consumo de alcohol y tabaco. Por otro parte, una menor exposición y acceso a drogas ilícitas pueden justificar el menor consumo de sustancias ilegales. Estos resultados parecen confirmarse por la relación encontrada entre los factores de protección con el no consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

Por lo que respecta a los resultados relativos a la autorregulación permitieron, de una forma general, encontrar relaciones significativas entre algunos factores de protección y resiliencia y el consumo de sustancias. A pesar de que se verifican tendencias positivas, que apuntan hacia la importancia de la autorregulación en la explicación del consumo, no fue posible encontrar en nuestra muestra relaciones significativas, lo que no permite considerar este concepto como determinante en la explicación del consumo. Comparando con los trabajos de Fergus y Zimmerman (2005), podemos confirmar la existencia de una potente relación significativa entre la autorregulación y los factores de protección y resiliencia, lo que presupone la dependencia entre estas variables. Como sugiere la literatura, la relación es especialmente potente con los recursos internos de resiliencia, principalmente con el "Establecimiento de objetivos". Encontramos una correlación significativa, en sentido negativo, entre los ítems Setbreak y las puntuaciones en autorregulación, lo que se puede interpretar, que cuanto mayor es la autorregulación menor es el sentimiento de soledad y desesperanza. Sin embargo, la falta de correlación con los consumos de sustancias nos permite plantear la hipótesis de la existencia de factores mediadores que puedan facilitar una mejor comprensión de esta relación. De hecho, estas indicaciones nos alinean con los resultados obtenidos por Carey, Neal, Collins (2004) y Neal y Carey (2005) que se orientan más hacia la capacidad que tendría la autorregu-

lación como moderadora de las situaciones en que los sujetos pueden consumir más y no tanto la cantidad de consumos. Pero, no dejan de ser contrarios a un conjunto importante de estudios que apunta hacia una relación entre estos constructos.

Tendríamos que subrayar algunas limitaciones ante estos datos. El hecho de haber realizado el trabajo al final del año lectivo, puede tener impacto en la ejecución de los sujetos en la respuesta a los cuestionarios, agravado por el reducido número de sujetos de la muestra, que disminuye el poder de generalización de los resultados. La relación entre resiliencia y autorregulación frente a la falta de relación entre autorregulación y consumo, nos hace pensar en la hipótesis de la existencia de variables mediadoras o, como apuntan Gibbons y colaboradores (2006), la necesidad de adaptar la evaluación de la autorregulación a las características específicas de estas edades.

Para subsanar estas dificultades, sería necesario que otros estudios utilizaran instrumentos de evaluación más ajustados a las características específicas de estas edades, junto con una muestra mayor y más representativa. De esa forma sería posible obtener resultados más pertinentes para la comprensión y/o explicación de los diferentes padrones de consumo de sustancias y, de esta forma, poder delimitar estrategias para su prevención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubrey, L. L., Brown, J. M., y Miller, W. R. (1994). Psychometric properties of a self-regulation questionnaire. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 18, 429.
- Balsa, C. (2003). *Inquérito nacional de saúde ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and self-regulation. In R. F. Baumeister y K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 301-323). New York: Guilford.
- Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford.
- Becoña, E., Minguez, M.C., López, A., Vázquez, M.J. y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Revista Salud y Drogas*, Vol. 6, 1, 89-111.
- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and Development
- Brown, J. M., Baumann, B. D., Smith, C. D., y Etheridge, S. L. (1997). *Self-regulation, extroversion, and substance abuse among college students*. Paper presented at the Research Society on Alcoholism, San Francisco.
- Brown, J. M., Miller, W. R., y Lawendowski, L. A. (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In L. VandeCreek y T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 17, pp. 281-292). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Calleja, F. G., Señorán, M.M., y González, S.G., (1996). Consumo de drogas en la adolescência. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- Cameron, L. D. y Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.
- Carey, K.B., Neal, D.J., Collins, S.E., (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive Behaviors*, 29, 253-260.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1999). Themes and issues in the self-regulation of behavior. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. 12, pp. 1-105). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Castro, M.I. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10 (3), 49-56.
- Constantine, N.A., Benard, B., y Díaz, M. (1999). Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans*. Disponible online in <http://crahd.phi.org/papers/HKRA-99.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Costa, N.F., y Marques, R. (2002). Representações mentais de sustancias psicoativas. *Revista Toxicodependências*, 8 (1), 3-12.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., y Rasmussen, V.B. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Geneva: World Health Organization.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglês, C.J., Espada, J.P., Torregrosa, M.S., y García-Fernández, J.M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 5 (2), 55-66.
- Díaz, R., y Fruhauf, G. (1991). The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours. In N. Heather, W. Miller, y J. Greely (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney: Maxwell Macnillan.
- Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., y Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office. Disponible online em <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Dishion, T. J., y Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. In B. M. Lester, A. Masten y B. McEwen (Eds.), *Resilience in children* (pp. 125-138). Boston: New York Academy of Sciences.
- Espada, J.P., Griffin, K.W., Botvin G.J., y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Farrington, D.P. (2000). Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge. *Criminology*, 38 (1), 1-24.

- Fergus, S. y -Zimmerman-, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferreira-Borges, C., Filho, H.C., y Ramos, P.P. (2006). Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.o e 3.o ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. *Revista toxicodependências*, 24 (2), 41-54.
- Filho, H.C., (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 77-88.
- García del Castillo, J.A. (2007). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF (4ª Edición).
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Reimer, R.A., y Pomery, E.A. (2006). Unintentional behavior: A subrational approach to health risk. In D. Ridder y J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in Health Behavior* (pp. 45-70). Chichester: John Wiley y Sons.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hull, J.G., y Slone, L.B. (2004). Self-regulatory failure and alcohol use. In R.F. Baumeister y K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 466-491.). New York: Guilford Press.
- Inglês, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., y García-Lopez, L.J., (2007). Factores psicosociales relacionados com el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *British Journal of Medicine*, 328, 277-279.
- Kandel, D. (2003). *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis*. New York: Cambridge.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence to the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5) 447-457.
- López, C; García-Rodríguez, J.A., Jover, M.C., y Sánchez, C. (2001). *Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Alicante: INID.
- Matos, M., y Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Medina-Mora, M.E., Peña-Corona, M.P., Cravioto, P., Villatoro, J., y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44 (5), 109-115.

- Neal, D.J., y Carey, K.B. (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (4), 414-422.
- Novak, S. P., y Clayton, R. R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking. *Health Psychology*, 20, 196-207.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Pascual, F. (2004). *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia: Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ridder, D., y de Wit, J. (Eds.) (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*. Chichester: Wiley.
- Straus R. (1988). Interdisciplinary biobehavioral research on alcohol problems: a concept whose time has come. *Drugs and Society*, 2(4), 33-48.
- Sussman, S., Unger, J.B., y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE FORMACIÓN

On line MAESTRÍA INTERNACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDADES PARTICIPANTES:

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

Más información: <http://inid.umh.es>



CURSOS DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN DROGODEPENDENCIAS

6ª Edición - Inicio en octubre de 2008

Especialista Universitario en Asistencia y Drogodependencias (250h)

Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencias (250h)

PROGRAMA DE LA PARTE TRONCAL (100 horas)

Unidad I. Aspectos históricos culturales y socioeconómicos relacionados con las drogas.
Unidad II. Conceptos básicos. Terminología relacionada con las drogas.
Unidad III. Clasificación de las sustancias susceptibles de generar abuso.
Unidad IV. Drogas en el deporte
Unidad V. Patología orgánica asociada al uso de drogas
Unidad VI. Farmacología básica
Unidad VII. Bases neurobiológicas generales
Unidad VIII. Los recursos en materia de drogodependencias en la comunidad valenciana
Unidad IX. Fundamentos psicológicos de las drogodependencias
Unidad X. Intervención en drogodependencias
Unidad XI. Supervisión de equipos
Unidad XII. Factores de riesgo y factores de protección
Unidad XIII. La prevención en materia de drogodependencias
Unidad XIV. La prevención en el ámbito laboral. La intervención en el lugar de trabajo
Unidad XV. Otros ámbitos desde los que actuar de forma preventiva. Prevención de recaídas
Unidad XVI. Planes de actuación territorial
Unidad XVII. Referentes básicos respecto de la legislación en materia de drogodependencias
Unidad XVIII. Aspectos sociológicos. Las drogas en la sociedad que conocemos

PROFESORADO:

Bas, Encarnación (Universidad de Murcia) **Becoña, Elisardo** (Universidad de Santiago de Compostela) **Beneit, Juan Vicente** (Universidad Complutense de Madrid) **Bustamante, Rosario** (UMH) **Cabrero, Estanislao** (RENFE – Servicio Médico) **Cañuelo, Bartolomé** (Cruz Roja Córdoba) **Castellano, Miguel** (Dirección Gral. d'Atenció a la Dependència) **Cortell, Carmen** (UCA Alcoi) **Cortés, Mª Teresa** (Universidad de Valencia) **Cuesta, Ubaldo** (Universidad Complutense de Madrid) **De Urquía, Faustino** (Magistrado de la Audiencia Provincial de Alicante) **De Vicente, Mª Purificación** (Unidad de Alcoholología – Área 16 y 18) **Espada, José P.** (UMH) **García Barrachina, Mª José** (UCA Torrent) **García, Fabiola** (Plan Municipal sobre Drogodependencias – Ayto. de Alicante) **García Carrión, Carmen** (Universidad Complutense de Madrid) **García del Castillo, José A.** (UMH) **Gimeno, Carmen** (UCA Villajoyosa) **Guillén, Carlos** (Universidad de Cádiz) **González, Carlos** (Universitat Jaume I) **Hidalgo, Mª José** (Uni-

PROGRAMA DE LA PARTE ESPECIAL PREVENCIÓN (100 horas)

Unidad I. Introducción general
Unidad II. Los objetivos de la prevención
Unidad III. La prevención en el ámbito familiar
Unidad IV. La prevención escolar
Unidad V. El modelo comunitario. La prevención
Unidad VI. Prevención en el ámbito laboral
Unidad VII. Otros ámbitos desde los que actuar de forma preventiva
Unidad VIII. La prevención terciaria y la reducción de daños
Unidad IX. Evaluación de programas

PROGRAMA DE LA PARTE ESPECIAL ASISTENCIAL (80 horas)

Unidad I. Epidemiología y problemas diagnósticos en drogodependencias
Unidad II. Patología dual en drogodependencias
Unidad III. Dependencias institucionalizadas: alcoholismo (i)
Unidad IV. Alcoholismo (ii)
Unidad V. Alcoholismo (iii)
Unidad VI. Dependencias institucionalizadas: tabaquismo
Unidad VII. Dependencias institucionalizadas: medicamentos
Unidad VIII. Drogas no institucionalizadas
Unidad IX. La calidad y otras cuestiones sobre la asistencia.

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

Más información: <http://inid.umh.es>

Revista Salud y drogas

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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



Boletín de suscripción.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Profesión: _____

Dirección: _____

Tfno: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Población: _____

Código postal: _____

Provincia: _____

País: _____

Deseo suscribirme a la revista "Salud y Drogas", mediante:

☐ **Transferencia bancaria a de _____ euros** (ver tarifa)

Caja de Ahorros del Mediterráneo

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

CCC: 2090-0369-88-0064000796

IBAN : CAAMESXXX

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

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

En _____ a _____ de _____ de 2008.

(Firma)

Tarifa anual (incluye 2 ejemplares y gastos de envío)

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

Enviar original de este boletín firmado a:

Instituto de Investigación de Drogodependencias

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

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



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández

<http://inid.umh.es>

www.saludydrogas.com

¿QUIÉN TEME A LAS DROGAS?

José A. García del Castillo
Instituto de Investigación de Drogodependencias.
Universidad Miguel Hernández

Nadie puede poner en tela de juicio los años que llevamos intentando sacar los pies del plato y poder merendarnos de un solo bocado el gran pastel del éxito en materia de drogodependencias. En los últimos veinticinco años se ha trabajado muy duro por intentar conseguir un ápice de esperanza en la labor más complicada, hacer buena prevención, y que nuestros jóvenes no comiencen a consumir sustancias adictivas de ningún tipo. Sería irresponsable e inocente, así como poco serio, pensar que la prevención se consigue en un abrir y cerrar de ojos, si fuera de esta forma habríamos encontrado la piedra filosofal de la salud y estaríamos celebrándolo bebiendo zumos de frutas y comiendo ambrosías. Tenemos que ser considerados con los trabajos realizados y sabedores de que los frutos de la prevención se recogen siempre a largo plazo, independientemente del ámbito que estemos tratando, aunque cuando entra en juego el comportamiento humano en toda su extensión, los tiempos se acrecientan considerablemente.

Los datos que se barajan en la última encuesta de población sobre el consumo de drogas, nos ponen cara de optimistas, porque por primera vez después de muchos años hemos conseguido doblegar la tendencia alcista por la bajista, aunque hay que subrayar que algunas comunidades, entre otras la valenciana, ya contaba con esta inclinación a la baja en determinadas sustancias relevantes. Creo que es de justicia recalcar que los éxitos no se le pueden atribuir a nadie en concreto, sino al conjunto de la sociedad española, a las fuerzas de seguridad del Estado y a los especialistas que con ahínco y tesón, sin desfallecer ante las contrariedades de nuevas políticas de drogas, falta de medios y personal, escasez de muchos recursos y otros males sin determinar, siguen realizando su labor de forma incansable y con pleno convencimiento de que antes o después será positiva. También sería injusto no reconocer la renovada energía de las familias, que van tomando la batuta de la educación de los hijos, con

algo de temor cuando se trata de abordar el tema de las drogas en casa, pero con fuerzas modélicas por aprender y transmitir con el ejemplo.

Uno de los principios básicos, cuando hablamos de adicciones a sustancias, es la perseverancia. Es digno de elogio y reconocimiento que aquellos que se dedican de lleno a hacer prevención continúen en ello a pesar de no ver resultados a corto plazo que los alienten en su trabajo, como sucede en otros campos. Año tras año se construyen estrategias para convencer y persuadir a la población más proclive a consumir, que determinados comportamientos de uso y abuso de sustancias, acarrean un riesgo superlativo para la salud. Hay que ser conscientes de que un preadolescente o un adolescente se siente todopoderoso, porque cuenta con el potencial de ser joven y con la creencia de que pase lo que pase, y por muy mal que se le pinte a priori, no le ocurrirá a él, sino a los demás. Contrarrestar ese tipo de convencimientos pasa por construir desde la base, un procedimiento argumental y formativo que toca absolutamente todas las estructuras sociales, desde la escuela hasta la comunidad de referencia, pasando, por supuesto, por la institución familiar, pilar fundamental de todo proceso formativo y educacional.

Insuflar miedo por doquier es una de las técnicas más utilizadas, aun a sabiendas de que los que reciben esas dosis de miedo, no son los mejores receptores, por esa creencia suprema de que están protegidos por un halo mágico o un escudo que repele las agresiones y consigue un equilibrio perfecto entre los abusos cometidos y las rutinas de la vida cotidiana. A pesar de ello, se sigue insistiendo con este método, ayudándose de otros parámetros más sofisticados de persuasión, que a la larga consiguen asentar en los jóvenes un sentimiento de temor, aunque sea incipiente, a la hora de acercarse a las sustancias.

El temor por convertirse en un adicto a las drogas empieza a ser universal, pero sin ninguna duda, es un baluarte que se configura con la edad. El conservadurismo en la salud se amplifica en la medida que se cumplen años, y por ello los adultos están mucho más protegidos que los jóvenes, haciendo de correa de transmisión, dentro de sus posibilidades, hacia las nuevas generaciones. En alguna medida todos estamos aprendiendo a ser temerosos del consumo de drogas, porque la percepción del riesgo que corremos al hacerlo es cada vez más alta y se convierte en la base primaria de una buena prevención.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

Carlos Dante Gómez
Universidad Nacional de Rosario (Argentina)

Recibido: 24-08-06. Aceptado: 01-10-06

RESUMEN

La implementación de un sistema de evaluación de los programas de intervención en drogodependencias es una necesidad de toda gestión institucional abocada a dicha problemática. La evaluación sistemática posibilita el fortalecimiento y la especialización permanente de los recursos humanos, para ofrecer una mejor calidad de atención de acuerdo al perfil y necesidades de cada paciente. Debido a que se presentan dificultades para medir objetivamente la eficacia de un tratamiento de asistencia en comunidad terapéutica, se ofrece un método válido basado en el paradigma integrador de la neuropsicología. La metodología propuesta consiste en la estimación del rendimiento neurocognitivo de pacientes drogodependientes, que será actualizada en intervalos que dependerán de los tiempos necesarios para conseguir resultados observables; por ejemplo, en distintas etapas del dispositivo asistencial (Admisión: pretest

Correspondencia

Carlos Dante Gómez
Montevideo 506 Piso 5 Dpto A. Rosario (CP 2000) Santa Fe – Argentina
E-mail: carlosdantegomez@yahoo.com.ar

y Reinserción Social: posttest). A tal fin se propone la elaboración del perfil neuropsicológico de las funciones de atención, memoria, gnosias, praxias, lenguaje, emoción y funciones ejecutivas (planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, atención selectiva, inhibición de respuesta, toma de decisiones y teoría de la mente). La distancia entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y en el posttest arrojaría un índice de la eficacia del programa terapéutico.

Palabras Clave: *Drogodependencias / Intervenciones / Evaluación / Funciones Ejecutivas / Neuropsicología.*

ABSTRACT

The implementation of an evaluation system for drug-user's treatment programs is a necessity for all institutional managements dealing with this problem. A systematic evaluation allows the strengthening and the permanent specialization of human resources in order to offer an improved attention according to the profile and necessities of each patient. Due to difficulties appear when trying to measure objectively the effectiveness of treatment in community therapy, a valid method based on the integrating paradigm of neuropsychology is offered. The proposed methodology consists on estimating the neurocognitive profile of substance dependent patients, that will be updated at intervals and will depend on the time necessary to obtain observable results; for example, in different stages of the assisted mechanisms (Admission: pretest and Social Reintegration: posttest). To obtain our objective the neuropsychological profile of the functions of attention span, memory, gnosis, praxis, language, emotion, and executive functions (planning, decision making, inhibitions, working memory, selective attention, theory of mind and cognitive flexibility) will be measured in each patient according to standardized test application. The variation between the scores obtained in the pretest and the posttest would give an indication of the effectiveness of the therapeutic program.

Key words: *Substance Dependent / Interventions / Evaluation / Executive Functions / Neuropsychology.*

MEDIDA DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

En el campo de la salud mental el problema de las drogodependencias presenta un carácter de urgencia debido a su alta prevalencia social. Existen obstáculos metodológicos cuando se pretenden realizar evaluaciones sistematizadas y objetivas de los programas de asistencia a pacientes drogodependientes. Tradicionalmente se efectuaron valoraciones cualitativas de la consistencia de los mismos de una manera más intuitiva que científica. Los criterios de evaluación de los tratamientos son variados y siempre tienen en cuenta el análisis de los efectos o resultados que produjo la intervención.

La valoración de la eficacia consiste en la verificación del cumplimiento de los objetivos del programa de asistencia, los cuales consisten principalmente en la abstinencia o reducción del consumo de drogas y el cambio del estilo de vida orientado hacia la salud. Con la valoración de la efectividad se propone determinar el impacto que tiene un dispositivo terapéutico independientemente de sus objetivos planificados. La valoración de la eficiencia tiene en cuenta el coste de los recursos invertidos para obtener los resultados esperados.

La medida de la eficacia de un programa es fundamental para el mejoramiento continuo de los dispositivos de asistencia. El criterio para estimar el desenlace de una intervención debe tratar de reducir los sesgos subjetivos, incluyendo procedimientos controlados, aunque las evaluaciones cualitativas también resulten convenientes.

Los dominios imprescindibles para apreciar la eficacia de un programa consisten en el estado psicológico del paciente; la reincidencia en el uso de sustancias; la situación familiar, legal, laboral y el estado psiquiátrico y clínico médico.

El diseño de un sistema de evaluación debe contemplar indicadores que permitan optimizar el funcionamiento de los dispositivos terapéuticos. La evaluación puede apuntar a la pertinencia de la atención brindada, al cumplimiento de las normas de calidad requeridas por los entes reguladores, al tipo de conformación de redes de servicios, a la dotación de recursos humanos, técnicos y profesionales disponibles, a la infraestructura edilicia y tecnológica, y a la satisfacción subjetiva del paciente o de sus responsables.

La gestión general de una institución puede evaluarse considerando las tasas de reinserciones sociales, deserciones, reingresos, recaídas en el

consumo de sustancias. No es confiable evaluar la calidad de un programa en base a los criterios de su personal profesional, debido al sesgo subjetivo que podría contaminar los resultados. Asimismo, la evaluación tampoco es susceptible de ser efectuada directamente por la opinión de los pacientes y apoderados, ya que esta puede ser influenciada por los fluctuantes factores transferenciales.

Diversos agentes de salud o justicia suelen realizar, periódicamente, evaluaciones externas de corte administrativo a las instituciones, con el objetivo de mejorar la calidad de las prestaciones. Estas evaluaciones generalmente apuntan a comprobar el cumplimiento de las normas de calidad, es decir, examinar la presencia de organigramas establecidos, normas programáticas, cuantificación de metas, pautas de orientación terapéutica, existencia de fichas de ingresos, seguimientos y egresos de los pacientes y/o pertinencia de la planta física. Pero esta clase de evaluación se centra en la dimensión institucional, descuidando la dimensión subjetiva del paciente.

LA INTEGRACIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Durante los últimos años, la Neuropsicología se ha añadido al repertorio de herramientas clínicas de múltiples centros terapéuticos y se ha consolidado como paradigma de investigación que integra las distintas disciplinas de las neurociencias. La Evaluación Neuropsicológica (EN) está dirigida a examinar el funcionamiento de una serie de procesos cognitivos y emocionales que pueden verse afectados como consecuencia del consumo prolongado de drogas. Mediante la EN se analizan las funciones afectadas por el consumo de drogas de una manera precisa, sistematizada y científica, salvando obstáculos metodológicos.

La constatación de déficit frontal en pacientes con drogodependencias es de interés empírico, conceptual y terapéutico. En la actualidad, el principal interés de la EN en el ámbito de las drogodependencias es un conjunto de habilidades complejas involucradas en la planificación, organización y control del comportamiento denominadas Funciones Ejecutivas. La EN de los procesos ejecutivos es una novedosa estrategia dirigida a determinar los posibles problemas cognitivos producidos por el consumo de drogas. Mediante la EN es posible delimitar de manera precisa la naturaleza y el grado de deterioro de los distintos procesos ejecutivos, y

cómo éstos pueden afectar al funcionamiento clínico y social de los drogodependientes. Los resultados de la EN tienen una proyección clínica inmediata, ya que el deterioro de los procesos ejecutivos puede afectar negativamente a la evolución clínica durante el tratamiento y la vida cotidiana. Debido a que se presentan dificultades para medir objetivamente la eficacia de un tratamiento de rehabilitación en comunidad terapéutica, en este texto se ofrece un método válido basado en el paradigma integrador de la neuropsicología.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Los lóbulos frontales corresponden a la última adquisición encefálica en la escala de la filogenia y equivalen a la tercera parte de la masa total de los hemisferios cerebrales. En la dimensión de la ontogenia es una de las últimas regiones en completar su desarrollo. El proceso de mielinización de esta zona aumenta desde los cuatro hasta los trece años pero continúa hasta la adultez. (Portellano-Pérez, 1993). La corteza prefrontal se conecta masivamente con estructuras subcorticales (sistema límbico, núcleos de la base, ganglios basales, cerebelo) y corticales (corteza parietal, temporal), configurando los circuitos frontoestriatales, frontotálamicos, frontoparietales, etc. (Jódar-Vicente, 2004).

El cerebro anterior (configurado por los lóbulos frontales) posee la misión de evaluar la información recibida por el cerebro posterior (conformado por los lóbulos temporales, parietales y occipitales) y se ocupa del planeamiento, el auto-monitoreo y la organización de actividades motrices y cognitivas. El cerebro anterior posee gran relevancia ya que muchos de sus componentes tienen funciones asociativas posibilitando la integración de la información proveniente de diversos módulos, facilitando la programación de la inteligencia y el pensamiento abstracto.

En las neurociencias se relaciona a las funciones intelectuales superiores con las regiones del lóbulo frontal. El sector frontal del cerebro ha sido denominado el "*órgano de la civilización*" (Goldberg, 2002).

Las funciones ejecutivas (FE) se asientan principalmente sobre los soportes anatomofuncionales de los lóbulos frontales y sus conexiones. El sistema ejecutivo coordina los múltiples y complejos procesos necesarios para iniciar y detener operaciones mentales, para mantener la motivación y la persistencia. Las funciones integrantes del sistema ejecutivo son: capacidad de planificar la conducta orientada a una meta, programar las accio-

nes necesarias para alcanzarla, monitorear la puesta en marcha del plan para comprobar su arreglo al objetivo, rechazar la interferencia de estímulos externos que no sean relevantes para el plan de acción, poseer flexibilidad para la corrección de errores o para incorporar conductas nuevas en función de los estímulos del entorno que sean relevantes, capacidad para reconocer el logro de los objetivos y finalizar la acción (Sánchez-Carpintero & Narbona, 2001). Alexander R. Luria ha brindado aportes valiosos acerca del estudio del funcionamiento ejecutivo (1966, 1973, 1978), del rol del lenguaje en la autorregulación del comportamiento y de la dimensión sociocultural en el desarrollo de procesos cognitivos complejos (Luria, 1976, 1982) pero sólo recientemente han comenzado a ser atendidos. Debido al avance de las tecnologías de neuroimagen, el estudio del rol de la corteza prefrontal se ha convertido en uno de los temas más relevantes de las neurociencias contemporáneas. Esta región cortical está vinculada a procesos ejecutivos y a muy diversas áreas del funcionamiento cognitivo. La atención, la memoria de trabajo, el procesamiento de la información, la organización de la conducta, el juicio y la habilidad para enfrentar situaciones nuevas son actividades que se ven afectadas cuando hay problemas en el funcionamiento ejecutivo. El concepto de FE es un constructo cognitivo (Welsh, 2002) que en la literatura psicológica y educativa suele abarcar a un conjunto de funciones cognoscitivas complejas interrelacionadas y necesarias para el aprendizaje complejo (Lyon & Krasnegor, 1996; Morris, 1996). En un análisis de la historia del concepto de funciones ejecutivas y de su medición, Welsh (2002) concluye que en esencia las funciones ejecutivas consisten en procesos básicos coordinados para un propósito específico: dirigir la actividad hacia una meta. La coordinación y el control de estos procesos justifican el uso del término ejecutivo. Especialistas en el campo han generado diferentes definiciones del funcionamiento ejecutivo que resaltan distintas dimensiones (Borowski & Bruke, 1996; Pennington, Bennetto, McAleer & Roberts, 1996; Denkla, 1996^a; Barkley, 1996; Hayes, Gifford & Ruckstuhl, 1996; Graham & Harris, 1996; Welsh, 2002, en Rodríguez-Arocho, 2004; Carpintero & Narbona, 2001).

La sintomatología cognitiva que aparece tras los daños que afectan a los lóbulos frontales suele denominarse: Síndrome Disejecutivo (Robbins & Evertitt, 1999) y corresponde a trastornos del razonamiento y del lenguaje, incapacidad de generar estrategias para la resolución de problemas, déficit en el control motor, en la flexibilidad cognitiva, en la motivación, personalidad, atención, percepción y creatividad, asimismo se presentan dificultades para anticipar las consecuencias de los actos y

aparece escasa inhibición de comportamientos impulsivos (Jódar-Vicente, 2004). Los pacientes con lesión prefrontal tienen dificultades para tomar decisiones (Bechara *et al*, 2000; 2001) y para regirse por medio del raciocinio social (Butman y Allegri, 2001).

SOBRE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO

En el año 2002 Tirapu-Ustárroz y colaboradores proponen un modelo integrador y en el 2005 ofrecen un protocolo de evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas que consiste en pruebas de bucle fonológico (parietal posterior) y agenda visoespacial (temporal izquierdo), evaluación de funciones de codificación/mantenimiento utilizando pruebas basadas en el paradigma de Sternberg (prefrontal dorsolateral); mantenimiento/actualización con test basados en el paradigma n-back (prefrontal dorsolateral y ventrolateral); mantenimiento/manipulación con las pruebas de Letras y Números de la Escala de Memoria de Wechsler (prefrontal dorsolateral); ejecución dual utilizando el test de copia de la figura compleja de Rey junto con evaluación de fluencia verbal (prefrontal dorsolateral); inhibición con tareas tipo Stroop y tareas go-nogo (orbital y cingulado); alternancia de sets cognitivos mediante el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (giro frontal inferior, córtex cingulado anterior y giro supramarginal); planificación con el test de la Torre de Hanoi y el Mapa de Zoo del Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (prefrontal, ganglios basales y cerebelo) y Toma de Decisiones con Gambling Task (frontal ventromedial y orbitofrontal).

La manera más adecuada de evaluar a un paciente es considerarlo como un caso único, de acuerdo al paradigma ecológico de la neuropsicología, y conjugar distintas técnicas para elaborar el diagnóstico (test neuropsicológicos, técnicas de neuroimágenes, evaluación neurológica, entrevista clínica, cuestionarios fenomenológicos, observación directa).

FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN DROGODEPENDENCIAS

La investigación sobre los procesos cerebrales implicados en las adicciones ha estado centrada prioritariamente en el ámbito de las áreas cerebrales subcorticales. No obstante, recientemente algunos autores han

insistido en la inclusión de las áreas frontales y prefrontales en el estudio de los mecanismos cerebrales implicados en las adicciones. Según los autores, el uso crónico de drogas genera una serie de cambios metabólicos y de neurotransmisión que se extienden más allá de las típicas zonas subcorticales estudiadas clásicamente en el ámbito de las adicciones. Recientemente, y gracias a la aparición de las técnicas de neuroimagen utilizadas en el estudio del metabolismo cerebral se ha podido evidenciar la afectación del córtex frontal en pacientes con un uso crónico de drogas psicoactivas. Los pacientes con trastorno por dependencia a sustancias tóxicas exhiben dificultades de aprendizaje, de memoria, en la resolución de problemas, en capacidad de razonamiento abstracto, en tareas visomanuales, déficits en flexibilidad cognitiva, alteraciones del lenguaje, escasa habilidad para la planificación y para la toma de decisiones ventajosas (Kandel & Freed, 1989; Knight & Longmore, 1994; Easton & Bauer, 1997; Miller, 1991; Bechara *et al*, 2001; Bechara, 2003, 2005; Verdejo *et al*, 2004; Calvo-Botella, 2003; Rogers *et al*, 1999).

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Los programas de rehabilitación cognitiva destinados a aquellos pacientes que presentan déficits neuropsicológicamente constatados por medio de la evaluación neuropsicológica y por neuroimágenes, pueden ser útiles en el tratamiento. La rehabilitación de déficits cognitivos específicos ha sido ampliamente utilizada hasta la fecha, prioritariamente en población con daño neurológico post-traumático. Si se acomoda la rehabilitación a la naturaleza de los déficits individuales diagnosticados, ésta puede ayudar en la adquisición de un nivel de funcionamiento, restauración, compensación o acomodación de los déficits cognitivos.

PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

La implementación de un sistema de evaluación de los programas de intervención es una necesidad de toda gestión institucional abocada a dicha problemática, que permitiría el fortalecimiento y especialización de los recursos humanos para ofrecer mejor calidad de atención de acuerdo al perfil y necesidades de cada paciente.

La evaluación crearía criterios de validación de los dispositivos terapéuticos y debería ser actualizada en intervalos que dependerán de los tiempos necesarios para conseguir resultados observables.

Debido a esto se propone la aplicación de un protocolo de evaluación neuropsicológica en la fase de admisión del programa terapéutico y otra en la fase de reinserción social, en donde la evaluación tiene en cuenta medidas estándar de la población general.

Este sistema de evaluación tendría los siguientes objetivos:

- Evaluar el rendimiento neurocognitivo de pacientes drogodependientes, antes y después de la aplicación del Programa de Intervención.
- Elaborar un perfil neuropsicológico de las funciones Atención, Memoria, Gnosias, Praxias, Lenguaje, Emoción y Funciones Ejecutivas de cada paciente mediante la administración de instrumentos de evaluación estandarizados.
- Evaluar Funcionamiento Ejecutivo midiendo funciones de Planificación y Secuenciación, Toma de Decisiones, Inhibición de Respuesta, Memoria de Trabajo Verbal y No Verbal, Fluencia Verbal, y Flexibilidad Cognitiva.
- Diseñar un programa de Rehabilitación Neuropsicológica que complemente al Programa Terapéutico, basado en los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas.
- Evaluar la pertinencia y eficacia del Programa Terapéutico de Intervención midiendo las distancias entre las puntuaciones obtenidas en pretest y postest.

BIBLIOGRAFÍA

- Adolphs, R.; Tranel, D. & Damasio, A.R. (2003) Dissociable neural system for recognizing emotions. *Brain and Cognition* 52:61-69.
- Barkley, R. A. (1996). Linkages between attention and executive functions. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR, (1997). Deciding Advantageously Before Knowing the Advantageous Strategy. *Science* 275:1293-1295
- Bechara, A. (2005). Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *Journal of Gambling Studies* 19(1):23-51.

- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cereb Cortex* 10: 295-307
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., Lee, G. P. (1999). Different Contributions of the Human Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex to Decision-Making. *J. Neurosci.* 19: 5473-5481
- Bechara, A.; Damasio, A.; Damasio, H. & Anderson, S. (1994). Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex. *Cognition*, 50:7-15.
- Bechara, A.; Dolan, S.; Denburg, N. Hinds, A.; Anderson, S.W. & Nathan, P. (2001). Decisión-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 39:376-389.
- Bechara, A; Dolan, S.; Denburg, N.; Hinds, A.; Anderson, S. & Nathan, P. (2001). Decisión-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 39:376-389.
- Borowski, J. G. & Burke, J. E. (1996). Theories, models, and measurements of executive functioning. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 235-261). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Brickenkamp, R. (2002). *d2 Test de Atención*. Madrid. TEA Ediciones.
- Butman, J. & Allegri, R.F. (2001) "A Cognição Social e o Córtex Cerebral". *Psicologia: Reflexão e Crítica* 14(2):275-279.
- Calvo-Botella, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos adictivos*; 5(3):256-268.
- Clark, L.; Cools, R. & Robbins, T.W. (2004). The Neuropsychology of ventral prefrontal cortex: Decision-Making and Reversal Learning. *Brain and Cognition* 55:41-53.
- Damasio, A. (1994). *El Error de Descartes*. Barcelona. Drakontos.
- Damasio, A.R. (1996). The Somatic Marker Hypothesis and the posible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* (serie B) 351(1346):1413-1420.
- Damasio, A.R.; Tranel, D. & Damasio, H. (1990). Individuals with sociopathic behaviour caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behaviour Brain Research* 41(2):81-94.
- De Vega, G.; Mastroiacovo, G. & Gómez, C.D. (2005). AVCD: centro de prevención, asistencia e investigación de la problemática del uso de sustancias. Modelo multimodal de alta complejidad psicosocial. 30° Congreso Interamericano de Psicología "Hacia una Psicología sin Fronteras" (<http://www.sip2005.org.ar/.htm>).

- Denckla, M. B. (1996b). A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 263-278). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunn, B.D.; Dalgleish, T. & Lawrence, A.D. (2006). The Somatic Marker Hypothesis: a critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30:239-271.
- Easton, C. & Bauer, L.O. (1997). Neuropsychological differences between alcohol-dependent and cocaine-dependent patients with or without problematic drinking. *Psychiatry Res* 71: 97-103.
- Fuster, J.M. (1989). *The prefrontal cortex*. New York: Raven Press.
- Goldberg, E. (2002). *El Cerebro Ejecutivo: Lóbulos Frontales y Mente Civilizada*. Barcelona. Crítica Editorial.
- Golden, C.A (1994). *Test de Stroop de Colores y Palabras*. Madrid. TEA Ediciones.
- Goldman MS. (1999). Risk for substance abuse: Memory as a common ethiological pathway. *Psychol Sci* 10: 196-198.
- Graham, S. & Harris, K. R. (1996). Addressing problems in attention, memory, and executive functioning: An example from self-regulated strategy development. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 349-366). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Grant, D. A. & Berg, E. A. (1997). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)*. Madrid. TEA Ediciones.
- Jódar-Vicente, M. (2004). Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal. *Revista Neurología* 39(2):178-182.
- Kandel, E. & Freed, D. (1989). Frontal-Lobe Dysfunction and Antisocial Behavior: A Review. *J Clin Psychol* 45(3): 404-412.
- Knight, R.G. & Longmore, B. (1994). *Clinical neuropsychology of alcoholism*. East Sussex. LEA.
- Lezak MD. (1976). The problem of assessing the executive functions. *Int J Psychol* 17: 281-97.
- Luria, A.R. (1966). *Higher cortical function in man*. New York: Basic Books.
- Luria, A.R. (1973). The frontal lobes and the regulation of behavior. En K.H. Pibram & A.R. Luria (Eds.). *Psychophysiology of the frontal lobes*. New York: Academic Press.
- Luria, A.R. (1974). *El Cerebro en Acción*. Barcelona: Fontanella.
- Luria, A.R. (1995). *Conciencia y Lenguaje*. Volumen XIII de la Colección Aprendizaje. Visor Distribuciones. Madrid.

- Lyon, G. R. & Krasnegor N. A. (Eds.) (1996). *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Miller L. (1991). Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 84: 277-291.
- Miller, W.R. & Brown J.M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention of addictive behaviours. En Heather N, Miller WR, Greeley J (eds.). *Self-control and the Addictive Behaviours*. Australia: Maxwell Macmillan Publishing.
- Morris, R. D. (1996). Relationships and distinctions among the concepts of attention, memory, and executive function: A developmental perspective. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 11-16). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Najam, N.; Moss, H.B.; Kirisci, L. & Tarter, R.E. (1997). Executive Cognitive Functioning predicts drug use in Youth. *J Ind Ac Appl Psychol* 23 (1-2): 3-12.
- Nesse, R.M. & Berridge, K.C. (1997). Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*; 278: 63-66.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Test Barcelona. Manual*. Barcelona. Masson.
- Pennington, Bennetto, McAleer & Roberts (1996). Executive Functions and Working Memory. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.) *Attention, memory, and executive function* (pp. 327-348). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Portellano-Pérez, J.A. (1993). Neuropsicología de la Corteza Cerebral (IV) El Lóbulo Frontal. *Revista Atención Psicológica* 29.
- Rey, A. (1980). *Rey-Figura Compleja. Test de Copia de una Figura Compleja*. Madrid. TEA Ediciones.
- Robbins, T.W. & Everitt, B.J. (1999). Interaction of the dopaminergic system with mechanisms of associative learning and cognition: Implication for drug abuse. *Psychol Sci* 10: 199-202.
- Rodriguez-Arocho, W. (2004). Una Aproximación al Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y el Lenguaje en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde su Complejidad. *Revista IRICE* septiembre 2004:51-68.
- Rogers RD, Everitt BJ, Baldacchino A, Blackshaw AJ, Swainson R, Wynne K, Baker NB, Hunter J, Carthy T, Booker E, London M, Deakin JFW, Sahakian BJ, Robbins TW (1999). Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms. *Neuropsychopharmacology* 20:322-339

- Sanchez-Carpintero, R. & Narbona, J (2001). Revisión Conceptual del Sistema Ejecutivo y su estudio en el Niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Neurología* 33(1):47-53.
- Sanchez-Carpintero, R. & Narbona, J (2004). El Sistema Ejecutivo y las Lesiones Frontales en el Niño. *Revista Neurología* 39(2):188-191.
- Selby, M.J. & Azrin, R.L. (1998). Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 50: 39-45.
- Tirapu-Ustárrroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M. & Pelegrín-Valero C. (2002). Funciones Ejecutivas: Necesidad de una Integración Conceptual. *Revista Neurología* 34(7): 673-685.
- Tirapu-Ustárrroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M.; Pelegrín-Valero, C. & Albéniz-Ferreas, A. (2005). Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas. *Rev. Neurología* 41(3):177-186.
- Tranel D, Bechara A, Damasio H, Damasio AR (1996). Fear conditioning after ventromedial frontal lobe damage in humans. *Soc Neurosci Abstr* 22:1108.
- Verdejo, A.; Orozco-Giménez, C.; Meersmans Sanchez-Jofré, M.; Aguilar de Arcos, F. & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista Neurología* 38(12):1109-1116.
- Verdejo, A.; Orozco-Giménez, C.; Meersmans Sánchez-Jofré; Aguilar-Arcos, F. & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 38(12):1109-1116.
- Wechsler, D. (2004). *WMS-III-Escala de memoria de Wechsler*. Madrid. TEA.
- Welsh, M.C. & Huizinga, M. (2001). The development and preliminary validation of the Tower of Hanoi - Revised. *Assessment* 8(2): 167-176.
- Wilkinson, D.A. & Sánchez-Craig, M. (1981). Relevance of brain dysfunction to treatment objectives: Should alcohol-related cognitive deficits influence. The way we think about treatment? *Addict Behav* 6: 253-260.

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LAS CULTURAS MEDITERRÁNEAS

Francisco Pascual Pastor
Hospital General de Elda

Recibido: 23-04-07. Aceptado: 01-06-07

RESUMEN

El consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido a lo largo de los siglos en un hecho cotidiano, con distintas implicaciones y motivaciones, se ha utilizado como alimento, medicamento o en el rituales mágico religiosos de distintas culturas.

Pero también es verdad que los abusos del mismo han producido una serie de complicaciones tanto en la salud física como psicológica de aquellos que han utilizado el etanol de forma desproporcionada.

Pero desde el efecto relajante – desinhibidor a la implicación económica y sus múltiples consecuencia ha provocado que aparezcan una serie de ambivalencias, unas proclives al consumo otras proclives a la restricción del mismo.

Sea como fuere, tanto en España, como en los distintos países de las culturas mediterráneas y ahora por extensión en otros países de Europa el consumo de bebidas alcohólicas y todo lo que ello comporta ha condicionado poderosamente los estilos y formas de vivir.

Correspondencia

Francisco Pascual Pastor
Dirección Médica Hospital General de Elda
Ctra. Elda-Sax, s/n.
03600 Elda
E-mail: pascual_fra@gva.es

El uso cotidiano, el consumo de fin de semana y los atracones están presentes e incluso las edades de inicio van disminuyendo y las cantidades consumidas se van incrementando, obviando en gran manera las consecuencias negativas de los consumos abusivos.

Cultura, tradición y forma de ser conforman un estilo de vida en el que las bebidas alcohólicas están omnipresentes.

La última consideración es la necesidad de regular la oferta y la demanda sobre todo entre los jóvenes.

Palabras clave: *Alcohol, alcoholismo, antropología, cultura mediterránea.*

ABSTRACT

The alcoholic beverages consumption has become across the centuries in a daily fact, with different implications and motivations, it has been used as well as food and medicine in magical and religious rituals in different cultures.

But alcohol abuse has produced a lot of physical, social and psychological complications in drinkers too.

Multiple consequences and ambivalences appear caused by relaxing and economical effects. The ambivalences have favoured both the consumption and the restriction.

Anyway, in Spain and in other Mediterranean and European countries, alcoholic drinks have determined styles and forms of life.

The usual consumption, the weekend use and abuse and the binge drinking are present in youngsters. The starting age is decreasing and the consumption is increasing. The abuse negative consequences have been avoided.

Culture, tradition and way of being conform a special life style where the spirits are omnipresent.

The last consideration, it is necessary to regulate the offer and demand of spirits mainly between young people.

Key words: *Alcohol, alcoholism, anthropology, Mediterranean culture.*

INTRODUCCIÓN

A nivel conceptual la antropología se podría definir como el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida, del mismo modo la antropología cultural o social es la que nos permite comprobar la condición humana.

Se sabe que desde hace ya 10.000 años las distintas culturas, pero principalmente la occidental ha venido consumiendo bebidas alcohólicas, desde el primer hidromiel, hasta las bebidas destiladas, pasando lógicamente por las fermentadas, básicamente vino y cerveza.

Pero este uso se ha ido expandiendo e incrementando a lo largo de los años a pesar de las múltiples evidencias científicas que nos advierten sobre el perjuicio del consumo abusivo de este tipo de bebidas.

Desde la embriaguez, descrita y estudiada por los egipcios hasta el alcoholismo crónico evidenciando científicamente por Magnus Huss, el cual introdujo el término de alcoholismo en el año 1849.

A través de los siglos tanto el tipo de bebidas como la forma de los consumos han ido variando dependiendo fundamentalmente del motivo por el cual se hacía el uso.

En nuestra sociedad actual, este consumo sigue preocupando sobre todo en ciertos sectores de la población, jóvenes fundamentalmente y para ciertas actividades como por ejemplo la conducción de vehículos a motor.

Si la evidencia nos confirma los daños que puede ocasionar el mal uso, por decirlo de alguna forma del etanol, ¿porqué se sigue utilizando de forma tan masiva y en ocasiones tan alarmante?

La cuestión sería pues, “¿porqué y para que se han venido consumiendo bebidas alcohólicas de forma habitual en nuestro entorno?”.

LA PREHISTORIA

Seguro que nuestros ancestros descubrieron de forma casual las primeras bebidas alcohólicas, el aguamiel o hidromiel, al confluir la recolecta de frutos con agua y su fermentación con el resultado de su ingesta: una euforia embriagadora.

Un inicio casual, que se convertiría en hecho cotidiano, recolección de frutas para su fermentación y utilización como bebida, alimento o instrumento chamánico. Siempre la religiosidad de las bebidas alcohólicas ha sido norma común y constante a lo largo de las distintas culturas accidentales.

EGIPTO

Cuna de civilizaciones y predecesora de la cultura greco – latina.

Fue la primera cultura cercana al mediterráneo con un uso cotidiano de las bebidas alcohólicas (aprox. 5000 a.C.)

En Egipto la comida no escaseaba y la alimentación, muy completa, se basaba en el pan, la cerveza, las legumbres y el pescado.

La bebida más común era la cerveza, con ella se destetaba a los lactantes (*Zythim* o *heneket*), y era fabricada a base de agua, miel y harina de cebada.

El vino se introdujo más tardíamente.

Se trataba de una bebida dulce y amarga al mismo tiempo, podía ser de malta, de dátiles, de trigo y de cebada, o bien de una mezcla de todos estos elementos. Toda esta variedad de componentes era la base de un líquido denso y de mayor graduación alcohólica que la cerveza actual.

El proceso de elaboración se basaba en la fermentación de la masa de pan (hecha a base de los cereales antes señalados) poco cocida y metida en agua. Luego se filtraba y se dejaba reposar.

El uso de las bebidas alcohólicas en ese momento histórico tenía tres funciones:

- Vida cotidiana (alimento – uso festivo – uso médico).
 - Como alimento ya hemos visto que era base fundamental de la comida de los egipcios, en principio solo cerveza y posteriormente también el vino.
 - En cuanto al uso festivo, según una descripción de un autor griego –Ateneo– sobre la cerveza egipcia, se decía: “ la cerveza es tan fuerte y sus efectos tan estimulantes que quienes la consumen, bailan, cantan y cometen los mismos excesos que los intoxicados por el más fuerte vino”.
 - Entre los usos médicos estaba la utilización de las bebidas alcohólicas para tratar los males intestinales, curar heridas y como antídoto de las picaduras de escorpión.
- Ofrendas religiosas rituales.
 - A los adolescentes, como rito de iniciación, se les regalaba un ánfora de cerveza que indicaba la cantidad diaria que podían consumir.
- Ajuares funerarios.
 - A los muertos les lavaban con cerveza antes de embalsamarlos y entre su ajuar se incluían ánforas de cerveza.

El cultivo de la vid apareció a finales del imperio antiguo en el Nilo.

Se trataba de un producto más elitista (utilizado por las clases altas) importado en ocasiones de Siria y Palestina.

Existían vinos de distintas clases (blancos, dulces, afrutados), pero el más frecuente era el tinto con mucho cuerpo y sabor ya que solían estar endulzados con miel.

Como en aquel momento no existían conservantes, se mezclaban distintos tipos de vinos viejos con los noveles con la finalidad de mejorar el sabor e impedir el exceso de fermentación o que se agriase su contenido.

GRECIA

El uso que se hacía de las bebidas alcohólicas era fundamentalmente alimenticio, festivo y religioso, es decir como una continuidad de las utilidades egipcias.

Era desayuno habitual en Grecia, tomar frutas con cerveza y utilizar tanto la cerveza como el vino para cualquier evento festivo.

El consumo sobre todo de este último adquirió tal importancia que se deificó tanto el cultivo de la vid, el proceso de elaboración como su ingesta, todo ello representado por Dionisos, que luego tendría su equivalente en la cultura romana con el dios Baco.

Dionisos era el dios del vino y la vegetación, el cual enseñó a los mortales como cultivar la vid y como hacer vino. Era bueno y amable con quienes lo honraban, pero llevaba a la locura a quienes le despreciaban a él o a sus rituales orgiásticos.

Es decir los excesos y sus consecuencias eran resultado del desprecio hacia el dios al cual se le debía el respeto de la moderación.

La tradición le hacía morir cada invierno y renacer cada primavera y en su honor se celebraban muchos ritos cada vez que renacía.

Los griegos organizaban SIMPOSIA (festín) donde se discutían diversos temas y se consumían grandes cantidades de vino y cerveza, costumbre que más tarde pasó a Roma. Y que con connotaciones muy similares se mantiene en la actualidad, basta con ver el contenido lúdico de los actuales *simposiums*

ROMA

Por todo desayuno los romanos bebían un vaso de agua. No obstante el vino italiano y su expansión mediterránea era una fuente importante para la economía del imperio, por lo que el consumo de vino se fue extendiendo primero entre la población Italiana y luego entre los distintos países del arco mediterráneo, los que estaban bajo la influencia de Roma e incluso más allá.

En la Roma imperial, existía la figura de los *vinaris*, que eran vendedores ambulantes de “caldos”, los cuales eran ofrecidos en plan calle para saciar la sed.

Y en las casas con invitados el vino corría a mares (*libaciones*), como ofrecimiento y regalo a los visitantes.

El vino se solía tomar con agua, quien tomaba el vino solo tenía reputación de vicioso. Como detalle actual podemos observar como en la eucaristía el vino (sangre de Cristo) se sigue mezclando con agua, como un símbolo para purificar, más si cabe, la sangre de Cristo. Se mejoró la conservación del vino con pez y resina retardando así la conversión de vino en vinagre.

Uno de los momentos de mayor consumo eran las *cenae* (cenas), estas duraban entre 8 y 10 horas, aunque precisamente por la excesiva duración se evitaban males mayores.

Sin embargo, una vez terminaba la cena comenzaba la *commissatio*, borrachera protocolaria consistente en beber sucesivas copas de un trago. La persona que presidía, indicaba el número de copas, sitio y forma de beber.

Todo ello se acompañaba de eructos en la mesa como una cortesía justificada por los filósofos. Pero tampoco eran ajenos los pedos y las vomitonas como medios más eficaces para llegar al final.

Los romanos al adoptar al Dionisos griego, modificaron su segundo nombre Bakchos (Bachus, en latín) y lo transformaron en Bacchus o Baco.

Poco después se introdujeron en Roma las “bacanales” como rito de culto al dios, pero pronto se hicieron tan escandalosas, que el senado tuvo que prohibirlas el año 186 a. de J.C.

DESPUÉS DE CRISTO:

Los usos descritos hasta aquí, se mantuvieron hasta el siglo XII aproximadamente, con distintas connotaciones ya que en algunos sitios la iglesia cristiana se hizo cargo de cultivos de viñedos y fabricación de vinos y licores.

A partir del 1100, las cosas cambiaron ya que es la fecha en la que los árabes introdujeron en la cultura occidental el uso del alambique y así la fabricación de bebidas alcohólicas de más alta graduación, por medio del proceso de la destilación.

A partir de ese momento nos encontramos con la coexistencia, y hasta la actualidad, de las bebidas fermentadas junto las destiladas.

Como antecedente a la destilación, se dice que probablemente en el S. III el alquimista Zósimo de Panópolis y su hermana Theosebeia, dejasen constancia escrita de sus trabajos en los que se incluía la figura de un alambique, en busca de la piedra filosofal, o de la "fuente de la eterna juventud".

Siglos después, siguiendo con esta búsqueda, y ya en la edad media terminaron destilando el aqua vitae –alkol– o realmente el aqua ardens.

Alkol en árabe significa esencia básica de la materia.

A partir de ese momento las bebidas alcohólicas se convirtieron en una autentica panacea. Se extendió la producción y su uso se universalizó, adquiriendo una especial relevancia las aplicaciones médicas, además de las gastronómicas y las lúdicas. Por lo que podemos ver que los usos básicos de las bebidas alcohólicas se mantienen a lo largo de los siglos y a través de las distintas culturas.

La importancia económica de las bebidas alcohólicas se disparó, y el consumo de bebidas alcohólicas, ahora también destiladas fue unida a la economía conventual y a los poderes medicinales de la misma, siendo "bendecido" por distintos santos.

Efectos sobre la digestión, como estimulante del apetito o fortalecedor de la sangre, ideal para la anemia, han sido algunas de las indicaciones que han tenido las bebidas espirituosas, incluso se aseguraba en el Liber de arte Destillandi que servía para evitar la calvicie.

La panacea se convirtió en un negocio y de la salud se pasó también al proceso de enfermar, sobre todo con los consumos abusivos. Aunque este último aspecto siempre quedó relegado a un segundo plano al menos hasta el siglo XIX, haciéndose más notorio en la segunda mitad de este siglo coincidiendo con las distintas revueltas industriales. Consumo de

alcohol y luchas sociales iban unidos y los obreros utilizaban las bebidas alcohólicas en sus reuniones, para confraternizar y como medio para mantener el ritmo de trabajo tan fuerte que imponían los patronos.

En cambio empiezan a aparecer las primeras señales de alarma en torno a estos consumos y toman parte en ellas los higienistas de finales del siglo XIX, que llegan a decir: “El alcohol da fuerzas para trabajar, pero provoca enfermedades degenerativas”.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El uso de bebidas alcohólicas completaba así sus contradicciones: Salud versus enfermedad, enfermedad versus vicio, y en el terreno económico, riqueza versus pobreza.

Otra contradicción era el distinto significado que tenía y sigue teniendo el consumo en el hombre o en la mujer, en el adulto o en el adolescente. Pues parece que tanto los motivos para el consumo como las consecuencias del mismo son distintos.

Sirva como ejemplo la interpretación que ha hecho la prensa actual de un estudio sobre el consumo de alcohol entre las mujeres y que decía así: “...las mujeres británicas son las más borrachitas de Europa...” y sigue “...según este estudio, una española es la mitad de borrachita que una británica; o dicho de otro modo, de una borrachita británica se sacan dos borrachitas españolas...”.

Esta, es una interpretación del alcoholismo en la mujer en la prensa del siglo XXI. ¿Diferencia de género? o simplemente mal gusto.

El caso es que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y el incremento de los problemas derivados del mismo entre las mujeres hace que los distintos estamentos sanitarios empiecen a pensar en tomar medidas al respecto.

ACTUALMENTE

El resultado es que debido al proceso transcultural, a la “amabilidad” climática y de carácter, por ser zona de intercambio, el consumo de bebidas alcohólicas se ha instaurado en toda la zona mediterránea como una característica propia del ser y estar de los distintos países que componen esta zona geográfica.

Y aunque las bebidas alcohólicas ya hace tiempo que han dejado de ser una panacea médica, siguen siendo “panacea” para las relaciones sociales, gracias al efecto psicotropo desinhibidor. Se utilizan para celebrar cualquier tipo de evento y como instrumento vehicular en las relaciones humanas, hablar, cantar, bailar, divertirse...

También ha pasado lo mismo con lo religioso, olvidando este aspecto y derivándolo hacia lo festivo, pero también lo festivo a derivado hacia lo administrativo, tal y como aseguraba Ortega y Gasset en su obra *El Espectador*, contemplado tres cuadros sobre “vino” expuestos en el museo del Prado, escribió: *“Antes mucho antes de que el vino fuera un problema administrativo, fue el vino un dios”*.

Lo administrativo viene de la mano de la economía de mercado de las bebidas alcohólicas, cerca de 700.000 familias viven en España de la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas, desde la agricultura hasta la vinicultura y la enología.

Pero también de la capacidad de las mismas de producir enfermedades, hepáticas, sanguíneas, neurológicas, cardiovasculares, con el consecuente gasto sanitario que ello implica, y la necesidad de atención sanitaria a la dependencia y sus complicaciones.

Además de la relación causa efecto a la hora de provocar accidentes de tráfico y laborales; su relación con los malos tratos y la disarmonía familiar, entre otras múltiples consecuencias.

Y es que en teoría lo que el consumidor puede desear es el uso gastronómico y yendo más lejos la embriaguez superficial desinhibidora, pero como el riesgo del consumo excesivo siempre está presente se puede pasar entonces de la embriaguez buscada a la embriaguez temida, llegando al rechazo social a través de la dependencia al alcohol, o incluso al rechazo de uno mismo.

En este sentido es muy esclarecedora la visita que hace el Principito en la Obra homónima de Antoine de Saint Exupéry al planeta habitado por un bebedor y cuyo dialogo se desarrolla en los siguientes términos:

- ¿Qué haces ahí?– preguntó al bebedor que estaba sentado en silencio ante un sinnúmero de botellas vacías y otras tantas botellas llenas.
- ¡Bebo!– respondió el bebedor con tono lúgubre.
- ¿Por qué bebes?– volvió a preguntar el principito.
- Para olvidar.
- ¿Para olvidar qué?– inquirió el principito ya compadecido.

- Para olvidar que siento vergüenza- confesó el bebedor bajando la cabeza.
- ¿Vergüenza de qué?- se informó el principito deseoso de ayudarlo.
- ¡Vergüenza de beber!- concluyó el bebedor, que se encerró nueva y definitivamente en el silencio.

Observando estos pensamientos y los razonamientos expuestos con anterioridad, se puede valorar que la producción y consumo de bebidas alcohólicas se debe de entender tanto desde el punto de vista de la agricultura y la economía, como alimento y elemento religioso pero también como un elemento que proporciona placer o dependiendo de su uso y consecuencias también marginalidad, así como aparición de distintos problemas sociales y finalmente como panacea frente a la más que posible génesis de enfermedad.

Como ya hemos comentado, este último aspecto no se tomó en consideración hasta el siglo XIX, coincidiendo con la revolución industrial, pero sobre todo tomó cuerpo ya entrado el siglo XX, a partir de la identificación de algunos problemas con el trastorno por dependencia al alcohol.

Se conceptualizó al alcohol como una droga y se intentó legislar sobre ella (y se sigue intentando), en un primer momento sobre la embriaguez y sus consecuencias y luego atendiendo a las distintas complicaciones del alcoholismo crónico.

Las bebidas alcohólicas han servido también para “ganar” una identidad sexual entre sus consumidores, dependiendo del tipo de bebida alcohólica, así como para establecer unos sectores etarios en cuanto a la forma de consumir, alejados de la pauta mediterránea tradicional de consumo (pausado, sociabilizador y gastronómico), para acercarse al patrón anglosajón, de mucha cantidad en poco espacio de tiempo y con la búsqueda del efecto “droga”, típico entre los jóvenes. Determinando el llamado fenómeno del botellón.

El consumo y la extensión del mismo se ha ido universalizando a lo largo de toda Europa, incrementándose con el paso de los años las cantidades y disminuyendo la edad de inicio.

Si es cierto que en España se ha ido adoptado el modelo anglosajón de consumo, no es menos cierto que este modelo se va desvaneciendo, ya que los consumos abusivos se hacen cada vez de forma más regular y diaria, o al menos se alarga el fin de semana y por lo tanto los días de consumo.

Existe una forma de beber en Europa parecida a nuestro botellón aunque con distintas características en su origen que no en sus consecuen-

cias, es lo que se ha venido a denominar Binge Drinking (efecto lanzadera, o atracón), consistente en tomar más de 5 copas a en un mismo espacio de tiempo u ocasión de consumo, la verdad es que el consenso europeo alanzado en Eurocare ha venido a definir este fenómeno como drinking to get drunk (bebiendo para emborracharse).

AMBIVALENCIAS

Se critica que el control sobre la demanda, pero especialmente sobre la oferta, se podría entender como una limitación de las libertades individuales, no obstante algunos excesos de alcohol atentan contra la libertad de los demás, incluyendo los malos tratos o los accidentes de tráfico, con lo que la regularización es imprescindible.

Más si cabe como complemento a los planes de prevención dirigidos en particular a los jóvenes.

Por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de las bebidas alcohólicas entre los jóvenes, aun a pesar de existir alguna normativa al respecto, su nivel de cumplimiento es mínimo, sobre todo cuando analizamos la edad de inicio en el consumo (13'7 años) y la tasa de embriagueces entre este sector de la población, el 40'3% entre jóvenes varones de entre 15 a 34 años y 20'9% para mujeres de la misma franja de edad según la última encuesta poblacional del Plan Nacional de Drogas (2005-2006), se han emborrachado al menos en una ocasión en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta.

Y todo ello a pesar de que las ambivalencias se hacen cada vez más patentes, por un lado los efectos negativos biológicos, psicológicos y sociales del consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por otro los "efectos positivos para la salud", y más concretamente los atribuidos a la cerveza y principalmente al vino tinto como parte integrante de la dieta mediterránea.

Según las últimas investigaciones, gracias al aporte de flavonoides del vino, al beber durante las comidas se evita que se formen coágulos, reduciendo el riesgo de ataques cardíacos e infartos cerebrales.

Este hecho probablemente sea incontestable, aunque lo que no se suele comentar es el estrecho margen, presumiblemente terapéutico, y que pasar de 10 a 20 gramos de consumo sería bastante para que lo beneficioso se volviese perjudicial, ya que también está contrastado científicamente que el riesgo de padecer enfermedades cardio-circulatorias se

incrementa a partir de consumos superiores a 30 gramos de etanol puro al día y que en las mujeres para ingestas superiores a 20 gramos / día se aumenta la posibilidad de aparición de cáncer de mama.

Por este motivo la premisa de la Organización Mundial de la Salud es, alcohol cuanto menos, mejor. (Alcohol – less is better)

Otra de las ambivalencias es el uso de bebidas alcohólicas como fuente de placer e incluso de automedicación (para evitar sufrimientos). El placer en la comida, la conversación, la familia, los amigos, el relax, las fiestas e incluso el sexo. La relación diversión consumo de alcohol, está presente de forma constante en la conducta humana, no entendiéndose la celebración de una fiesta, cualquiera que sea su motivo u origen sin que estén presentes las bebidas alcohólicas.

Ahora bien, la contrapartida es la alteración del estado de conciencia y la aceptación del “ponerse alegre” frente al rechazo de la borrachera.

La embriaguez, aun sin ser el resultado deseable está presente en demasiadas ocasiones, así como los comas etílicos como resultado de la misma, lo cual es especialmente preocupante entre la gente joven. Y es que va a depender de la tolerancia individual de la dosis ingerida, del peso del individuo, de la presencia de alimento o del género del consumidor además de la vulnerabilidad individual, con lo cual es difícil predecir los resultados.

Pero tampoco son iguales los puntos de vista, médico, gubernamental, de la industria alcoholera y de los medios de comunicación, ya que los intereses que representa cada sector hará que el fenómeno se vea desde distintas perspectivas, incrementando o restando importancia según el caso.

DISCUSIÓN

Todo este dilema entre la permisividad en el uso, abuso solo tiene una salida ética: “la elección individual a partir de una información correcta y equilibrada”, para lo cual se precisa una implicación de todos los estamentos, sin primar los intereses económicos por encima de los sociosanitarios.

En principio nadie puede estar limitado en el ejercicio de sus derechos y de decidir en su vida, no obstante existen dos excepciones claras, una si el consumo es entre menores ya que existe una obligación por parte de las administraciones de proteger a éstos y la otra cuando el consumo

aporte consecuencias sobre la seguridad pública o directamente sobre otras personas, en ese caso también se deben arbitrar medidas al respecto de protección hacia los afectados y hacia el propio individuo.

La transculturalidad del consumo de las bebidas alcohólicas no debe estar reñida con otros valores, como el de una vida más saludable, sin renunciar a nada, sin arriesgarse a nada.

El consumo abusivo de etanol entraña, como hemos visto, un serie de riesgos que por otro lado no se ven reflejados en la percepción de riesgo que tiene la población.

No obstante, enfrentar el poder económico con el de las campañas preventivas es casi absurdo. Y aquí entramos incluso en el terreno de la incitación al consumo, "bebe con moderación, es tu responsabilidad", pero "bebe", y el de la publicidad, agresiva muchas veces y con falsos planteamientos.

Sobre todo a tenor de los datos, en España la prevalencia del consumo de alcohol es elevada, en la actualidad somos el séptimo país de mundo en cuanto a consumo de alcohol puro, aproximadamente 10'5 litros por habitante y año, siendo destacable el amplio arraigo social de este hábito entre todos los sectores la población.

El alcohol sigue estando presente en una proporción importante de accidentes de tráfico y ocasiona un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades muy tempranas.

Diversos estudios sitúan al alcohol como causa de entre el 10 y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico y entre el 15 y el 25% de los accidentes graves de tráfico.

Es preciso pues revisar la percepción de riesgo de consumo y sobre todo las medidas legislativas y preventivas a llevar a cabo

Moda, diversión, evasión, cultura y poder económico se entremezclan para seguir proponiendo el consumo de bebidas alcohólicas como un verdadero estilo de vida.

Esto puede parecer absurdo, sin embargo es un hecho real y cotidiano, que podemos observar día a día en la publicidad, en la prensa y en otros medios de comunicación social.

REFERENCIAS

- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea*. Institute of Alcohol Studies. Reino Unido.
- Benítez, F. (2004) Liga alcohólica. *Dominical*.
- Bologne, J. C. (1991). *Histoire morale et culturelle de nos boissons*. Paris, Robert Laffout.
- Brunschwig, H. (1500) *Liber de arte destillandi de simplicibus*. Strasburg.
- Carcopino, J. (2004). *La vida cotidiana en Roma en el apogeo del imperio*. Madrid, Circulo de lectores.
- Freixa, F. (2002) *De la embriaguez al alcoholismo*. Magnus Huss, 1807-1890: Conceptos vigentes en el 2002. Revista Española de Drogodependencias, 27. Valencia, Asociación Española de Estudio en Drogodependencias.
- Harris, M. (1985) *Introducción a la antropología general*. Madrid, Alianza Universidad Textos.
- Ortega, J. (1916). *El Espectador, I. Tres cuadros del vino*. En Obras Completas. Madrid, Alianza editorial.
- Otero, L. (2004). Los primeros gourmets. *Muy especial*, 67, 44-47 .
- Pascual, F. (2004) *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia, Conselleria de Sanitat.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 – análisis y principales resultados. Madrid, PNsD.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2004) Encuesta Escolar. Madrid, PNsD.
- Romaní, O. (1999) *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona, Ariel.
- Saint-Exupéry. A. (1943) *El principito*. Madrid, Alianza editorial.
- En Internet: Fundación alcohol y Sociedad. www.alcoholysociedad.org

EN LA CARRETERA A 0º POR HORA. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN AUTOESCUELAS

José Guillermo Fouce Fernández
CAID Torrejón de Ardoz (Madrid)

Recibido: 16-07-07. Aceptado: 01-09-07

RESUMEN

El fin último que persigue este innovador programa es fomentar hábitos de vida saludables con repercusión a nivel comunitario (reducción de los índices de siniestralidad en carretera) y a nivel personal (mejora de la calidad de vida) en los habitantes de nuestro municipio. Mediante la colaboración activa y conjunta entre las autoescuelas del municipio y los técnicos de prevención de drogodependencias del CAID, se trabaja para lograr el objetivo fundamental del programa: la reducción de las conductas de riesgo asociadas a la conducción bajo los efectos de alcohol y otras drogas, en los futuros conductores. Las dos líneas de actuación principales que conforman el programa son dos intervenciones paralelas y complementarias: por una parte, la impartición de talleres-conferencia dirigidos a los alumnos de las autoescuelas sobre alcohol, drogas y conducción. Entre los ejes principales de contenidos se encuentran binomios como: el alcohol y accidentes de tráfico, alcohol y efectos físicos y psicológicos sobre el organismo, alcohol y normativa legal. Las sesiones for-

Correspondencia

José Guillermo Fouce Fernández
C/ Gloria Fuertes, nº 11, 2º E.
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)
E-mail: guiller@cop.es

mativas tendrán lugar en la propia autoescuela por técnicos municipales; por otra, la entrega en la propia autoescuela del material preventivo “En la carretera... a 0° por hora”. Una breve guía didáctica con un diseño innovador y sugerente a través de la cual se pretende concienciar a los conductores de su responsabilidad al volante en materia de seguridad vial .

Palabras clave: alcohol, conducción, prevención drogas.

ABSTRACT

The last aim that persecutes this innovating program is to foment healthful habits of life with repercussion at communitarian level (reduction of the indices of sinisterness in highway) and at personal level (improvement of the quality of life) in the inhabitants of our municipality. By means of the active collaboration and it combines between the driving schools of the municipality and the technicians of prevention of drugs of the CAID, one works to obtain the main target of the program: the reduction of the conducts of risk associated to the conduction under the alcohol effects and other drugs, in the conductive futures. The two main lines of performance that the conform the program are two parallel and complementary interventions: factory-conference teaching directed to the students of the driving schools on alcohol, drugs and conduction. Between the main axes of contents are binomials like: the alcohol and physical and psychological traffic accidents, alcohol and effects on the organism, alcohol and legal norm. The formativas sessions will the delivery in take place in the own driving school by municipal technicians. the own driving school of the preventive material “In the highway... to 0° per hour”. A brief didactic guide with an innovating and suggestive design through which he tries himself to concienciar to the conductors of his responsibility to the steering wheel in the matter of security via.

Key words: prevention drugs, conduction, alcohol.

1. INTRODUCCIÓN- FUNDAMENTACIÓN

El programa que ahora presentamos y su evaluación se enmarca dentro de las directrices presentadas en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008* (Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior) y en el *Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008* diseñado por la DGT.

A lo largo del tiempo repetidamente, las encuestas sobre siniestralidad reflejan datos que asocian consumo de alcohol y otras drogas y accidentes de tráfico: “el alcohol esta presente en 5 de cada 10 accidentes... junto a droga y medicamentos presente en 58 % siniestros... el alcohol es el responsable del 30 al 50 % accidentes... el 60 % conductores muertos en accidente de tráfico había ingerido alcohol, drogas o medicamentos e incluso una mezcla de varias. Seis de cada diez fallecidos... Un trago de 4000 muertos... Entre el 40 y el 80% de los fallecidos en accidente de circulación habían bebido. Entre 4 y 8 de cada diez fallecidos, 4000 muertos al año... el análisis de muestras fluidos orgánicos del Instituto nacional de Toxicología señala que el 41 por ciento de los muertos habían ingerido alguna cantidad alcohol (DGT, 2001); “alcohol y medicamentos una pareja peligrosa... según encuestas recientes 8 de cada 10 conductores toma simultáneamente alcohol y medicamentos... continúa el peligro... el alcohol solo o combinado con otras sustancias como medicamentos u otras drogas estaba presente en casi la mitad de los conductores muertos en accidente de circulación en el año 2001 en niveles similares a los del año anterior... Demasiadas Rayas en la carretera... más del 10% de los conductores fallecidos en accidente en 2004 había consumido droga (DGT, 1994,1997,1999 etc).

Es decir que entre el 50% y el 80% de los accidentes de tráfico, según datos reflejados por la Dirección General de Tráfico, están relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas lo cual supone una constatación demostrada de una relación tremendamente negativa entre drogas en general y alcohol en particular y conducción.

España ocupa además uno de los últimos lugares de la Unión Europea en materia de seguridad vial, siendo fundamental en esta situación, la repercusión que el consumo de alcohol tiene en la alta siniestralidad que se registra en las carreteras españolas.

Según tráfico, si se consiguiese erradicar el consumo de alcohol entre los conductores podrían evitarse la muerte de al menos cuatro mil personas.

Pero no sólo es el alcohol la única droga que afecta negativamente a la conducción elevando el riesgo de accidente, también el cannabis, la cocaína, los medicamentos o el tabaco tienen efectos negativos. Es científicamente innegable que las drogas son perjudiciales e impiden conducir con seguridad pero muchas personas siguen consumiendo drogas antes e incluso durante la conducción aumentando en los últimos años los que consumen cocaína.

Las drogas disminuyen la capacidad de manejo de un vehículo con efectos diversos, sean estos de sedación (alcohol, morfina, heroína, etc.) haciendo que se tarde más en reaccionar. Otras como las anfetaminas o la cocaína tendrán un efecto estimulante alterando la percepción del riesgo o propiciando que se cometan más errores. Respecto al cannabis, datos recientes refieren mayor probabilidad de sufrir un accidente tras su consumo (DGT, 2004).

El consumo de drogas afectará siempre a la conducción hasta en pequeñas cantidades o con consumos no habituales. Constatada ampliamente esta realidad, cabría pues ponerse manos a la obra para tratar de prevenirla.

Entre la batería de medidas que podemos tomar con respecto al problema destacan, sin duda, las modificaciones legislativas establecidas para castigar con mayor dureza las infracciones ligadas al consumo de sustancias. Detectar y perseguir la asociación drogas- conducción es, sin duda, una medida eficaz y necesaria.

Pero complementariamente a estas medidas de índole legal y policial, se desarrollan otro conjunto de intervenciones de carácter preventivo y sensibilizador que intentan concienciar a los conductores, especialmente a los noveles y a los jóvenes, de la necesidad de romper la asociación entre consumo de drogas y conducción para evitar los peligros subyacentes a esta situación.

Con cierta frecuencia, entre las campañas generales de sensibilización para una conducción segura, las temáticas ligadas al consumo de sustancias en general, y en particular el alcohol, ocupan un lugar muy importante.

Pero no basta con acciones universales, ligadas a los grandes medios de comunicación, hay que establecer otro tipo de medidas concretas que refuercen los objetivos preventivos desde la óptica de la sensibilización, la formación o el establecimiento de hábitos saludables y protectores para los conductores.



En este sentido, las autoescuelas, como espacios de formación de conductores, suponen un aliado fundamental y clave en la incorporación de actitudes, intenciones de conducta y hábitos saludables para los nuevos conductores.

Por todo ello, desarrollamos y ponemos en marcha el presente proyecto de actuación para la prevención del consumo de drogas mientras se conduce.

Para el desarrollo del mismo, hemos establecido una alianza imprescindible con las diferentes autoescuelas del municipio como colaboradoras y coadyuvantes del proyecto.

Así mismo, decidimos desarrollar instrumentos llamativos de trabajo en la sensibilización y prevención, buscando un lema llamativo "En la carretera a 0° por hora" y un logo atrayente "Rojebrio". El manual informativo dispone de viñetas para hacerlo más atractivo y fácil de leer y posibilitar una interacción significativa con las personas destinatarias.

El programa, de acuerdo con otras experiencias analizadas previamente, se plantea de manera escalonada y guiado por el desarrollo de estrategias de bajo coste para los usuarios, en tiempo y en esfuerzo.

El desarrollo de estrategias preventivas que intenten modificar hábitos no saludables de conducta debe incidir en la información, sensibilización

y cambio actitudinal lo cual supone establecer estrategias preventivas y formativas que incidan en estos aspectos.

Pretendemos por tanto, contribuir desde nuestro espacio de responsabilidad y de posibilidad, a establecer una sensibilización y formación preventiva eficaz y significativa con los nuevos conductores en general y con los jóvenes en particular complementando acciones de carácter universal basadas normalmente en los medios de comunicación, con acciones de carácter directo y de bajo coste como la formación con nuevos conductores o el reparto de guías informativas y de sensibilización.

Por último, consideramos fundamental, establecer sistemas de evaluación de lo que proponemos, para ser capaces de determinar en que medida lo mismo resulta eficaz y eficiente, siendo conscientes de que el tipo de intervención propuesta (breve, universal, de baja exigencia) puede no suponer el cambio estable de hábitos y tendencias aunque sí puede contribuir a este tipo de objetivos más generales mediante el esfuerzo sumativo y multiplicador de acciones establecidas a diferentes niveles (medios de comunicación de masas, acciones legales, establecimiento de sanciones, folletos informativos, etc.)

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

- Directo: Reducción de las conductas de riesgo asociadas a la conducción bajo los efectos de sustancias y, por tanto, la reducción de la siniestralidad en carretera.
- Indirecto: impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar sobre los efectos que el consumo de alcohol y otras drogas pueden tener sobre la conducción, a todos los niveles (físico, psicológico, legal...).
- Fomentar hábitos de vida saludables con efectos a nivel individual (mayor calidad de vida) y a nivel comunitario (descenso en los índices de siniestralidad en carretera).
- Formar en un consumo responsable.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INTERVENCIÓN

La intervención desarrollada es una intervención preventiva de carácter universal dirigida a la reducción de la demanda de drogas por los conductores a través de la puesta en marcha de dos tipos de estrategias:

1. Informativa: difusión de información sobre:

- Características de las drogas y sus efectos sobre el organismo y sobre la conducción.
- Accidentalidad asociada al consumo de estupefacientes.
- Normativa sobre la conducción bajo los efectos de alcohol y otras drogas.
- Mitos y realidades sobre el binomio alcohol-conducción.
- Pautas para reducir riesgos a través de un consumo responsable.

2. Formativa: ampliación y profundización de la información dada en el manual para fomentar una correcta internalización de la misma y que pase a formar parte del bagaje conductual del conductor.

3.2. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

- **Geográfico:** autoescuelas de Torrejón de Ardoz.
- **Temporal:** intervenciones continuas todo el año natural.
- **Población diana:**
 - De forma directa: alumnos de las autoescuelas.
 - De forma indirecta: población general de conductores.

3.3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. DIFUSIÓN

Para difundir el programa entre la población del municipio en general y la población de autoescuelas en particular, se utiliza una estrategia de acercamiento progresivo a la población diana a través de diversas acciones coordinadas y complementarias.

En un primer momento, se realiza una presentación institucional del programa a través de los medios de comunicación locales. Con esta acción, se consigue no sólo informar de la existencia del programa a la

población de autoescuelas, lo que facilita los ulteriores acercamientos, sino que también se consigue acercar, el programa en particular y la prevención en general, a toda la población del municipio, lo que constituye un factor facilitador del conocimiento y posterior implantación de la labor preventiva entre la comunidad.

Posteriormente, se envía una carta desde concejalía a cada una de las autoescuelas del municipio, en la que de manera concisa se presenta el programa, sus objetivos y dinámica de funcionamiento, y se les invita a su participación emplazándoles para una visita de los técnicos de prevención municipales en la que se desarrollará el programa de forma exhaustiva. Tras la recepción de la carta, los técnicos municipales se ponen en contacto telefónicamente con los responsables de las autoescuelas y conciertan una cita.

Por último, se realiza la visita presencial a las autoescuelas, en la que el técnico municipal explica detenidamente el programa y entrega al responsable una muestra de los materiales: 5 manuales, dossier explicativo del proceso de funcionamiento, fichas de solicitud de talleres, fichas de solicitud de materiales y cuestionarios de evaluación del manual.

2. *REPARTO DEL MANUAL*

El manual “En la carretera a 0° por hora” se distribuye atendiendo a dos tipos de demandas, pudiendo enmarcar la distribución en masiva y selectiva.

En la distribución masiva se entrega el manual a todo aquél que lo demande a través de las fichas de solicitud entregadas en las autoescuelas. De esta forma, aunque la distribución se ciña a la población de alumnos de autoescuelas, será masiva entre esta población porque no requerirá ningún requisito para su entrega.

En la distribución selectiva se entregará el manual a todos aquellos alumnos que asistan a los talleres presenciales, de tal forma que completarán todo el ciclo informativo-formativo previsto para el programa.

En ambos casos, junto al manual se hace entrega de un cuestionario de valoración del mismo.

3. *TALLERES FORMATIVOS*

Los talleres formativos tiene como objetivo desarrollar de forma más profunda y específica los contenidos del manual. Para ello se hace hincapié en los efectos del consumo de sustancias, tanto a nivel general como

sobre la conducción en particular y se proporcionan pautas para no consumir y, en su caso, reducir al máximo los riesgos. Los talleres están estructurados de forma dinámica en la que la exposición de los contenidos se realiza mediante técnicas grupales de discusión. Así se fomenta la adquisición de un aprendizaje significativo más útil a la hora de interiorizar y utilizar los conceptos desarrollados.

Los talleres se desarrollan a petición de la autoescuela, para lo cual utilizan las fichas entregadas en la visita del técnico municipal. Tienen una duración de una hora y son coincidentes con la hora de clase teórica. Principalmente se desarrollan en los horarios nocturnos (clase de las 20:00 horas) debido a la mayor asistencia de alumnos y al perfil específico de los mismos (más jóvenes y, por lo tanto, parte de la población de más riesgo a la hora de consumir sustancias). La fecha y la hora exactas siempre vienen determinadas por las autoescuelas, estando el servicio de formación a disposición de las necesidades de las mismas. No obstante, y tras consensuarlo con varias autoescuelas, se intenta hacer coincidir el taller con la parte del temario correspondiente a conducción segura; de esta forma, se asegura una media de 3 talleres anuales por grupo y autoescuela, teniendo en cuenta que dan una vuelta al libro cada 2 – 3 meses y, por otro lado, se refuerzan los contenidos necesarios para el examen teórico de conducción.

El desarrollo de los talleres corre a cargo de un formador del municipio. Este formador se pone en contacto con la autoescuela previamente a la fecha del taller para cerrar cuestiones organizativas. En este sentido, también se llegó a un acuerdo con las autoescuelas para que no avisasen a los alumnos de la sustitución de la clase teórica ordinaria por el taller específico de alcohol y conducción, pues se comprobó que, en aquellos sitios en que se había avisado previamente, la asistencia descendió considerablemente. A comienzo del taller y tras la presentación del mismo, el formador/a entrega a todos los asistentes uno de los manuales del programa junto a una ficha de petición/recepción del mismo, en la que se reflejan los datos personales básicos. El objetivo de poseer esta información, es la posterior realización de las evaluaciones telefónicas sobre el manual. Una vez realizados estos trámites, da comienzo el taller con el formato anteriormente descrito. Cuando finaliza, el formador/a hace entrega a los alumnos de un cuestionario anónimo breve en el que se evalúa su opinión sobre el taller (desarrollo, contenidos, formador/a) y que se cumplimenta y recoge en ese mismo momento.

3.4. CRONOGRAMA

El programa que ahora presentamos se desarrollo durante el año 2005 (continuándose el desarrollo en el 2006 pero aún sin terminar el proceso de evaluación) con la siguiente distribución en calendario:

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
DIFUSIÓN PROGRAMA									X	X	X	X
REPARTO MANUALES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TALLERES FORMATIVOS	X	X	X	X	X	X				X	X	X

4. RECURSOS

HUMANOS

- Técnicos municipales para la realización de la difusión, reparto de manuales y evaluación del programa.
- Formador/a para desarrollar los talleres y elaborar informe de valoración anual de los mismos.

MATERIALES

- Diseño y elaboración de la guía “En la carretera ... a 0° por hora”
- Llaveros con el logo del programa “Rojebrío” que se entregan a los alumnos asistentes a los talleres.
- Materiales necesarios para el desarrollo de los talleres.

5. SISTEMA DE EVALUACIÓN

Se realizarán evaluaciones en las que se valorará tanto el cumplimiento de las actividades propuestas (evaluación de proceso) como la consecución de los objetivos establecidos (evaluación de resultados).

Para la *evaluación de proceso*, se realizará un análisis cuantitativo de cada una de las actividades programadas (difusión, reparto de manuales, talleres formativos).

La *difusión* se evaluará a través de la realización de un calendario de visitas y un análisis posterior con el que se dilucidarán los ratios reales obtenidos sobre la población diana.

Para evaluar el alcance conseguido con el *reparto de los manuales*, se obtendrá el sumatorio total de los manuales entregados y se realizarán cálculos porcentuales comparativos.

En cuanto a la realización de los *talleres formativos*, el análisis será de nuevo cuantitativo, obteniendo cifras globales y ratios porcentuales.

Para la *evaluación de los resultados*, los análisis cuantitativos anteriores se complementarán con análisis cualitativos de cada una de las actividades con los que se valorará el logro de los objetivos inicialmente establecidos.

La eficacia y las mejoras en el proceso de *difusión* se evaluarán a través de un cuestionario expresamente diseñado para los profesores y responsables de las autoescuelas con los que se mantienen los contactos. En este cuestionario, aparte de la valoración de otros aspectos que desarrollaremos posteriormente, se les pide su opinión sobre el proceso de difusión desde principio a fin (contactos epistolares, telefónicos y presenciales), así como sus propuestas de mejora. El cuestionario está compuesto de preguntas abiertas y se pide su cumplimentación al finalizar la edición anual del programa (época estival).

Para valorar la consecución de los objetivos establecidos con la publicación del *manual*, se aplican sendos cuestionarios a profesores y alumnos. El cuestionario consta de 10 ítems (7 cerrados tipo Likert y 3 abiertos) con los que se evalúa el formato, los contenidos, la utilidad y las propuestas de mejora. El cuestionario se cumplimenta, en el caso de los profesores, al finalizar la edición anual junto al anterior y, en el caso de los alumnos, tras un plazo aproximado de un mes tras la recepción del manual, bien entregándolo el alumno en la propia autoescuela o a través de una encuesta telefónica realizada por los formadores.

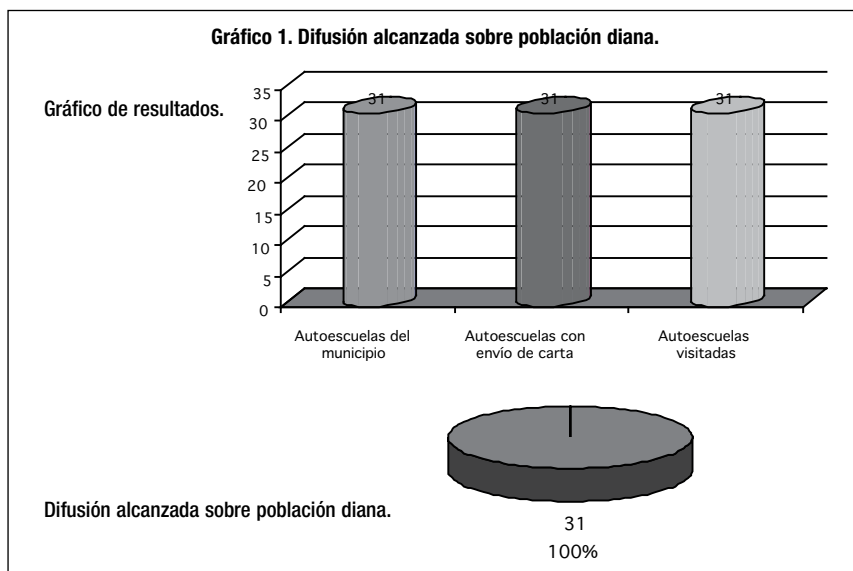
Por último, la valoración de los *talleres* se hará a través de tres fuentes de información: profesores, alumnos y formador/a. En cuanto a los profesores, la evaluación la realizarán en el cuestionario abierto mencionado en el proceso de difusión, en el que existe un bloque específico de valoración de los talleres; como en los casos anteriores, se cumplimentará al finalizar la edición anual. Los alumnos, valorarán la eficacia de los talleres, así como su utilidad y la labor del formador/a a través de un cuestionario diseñado para el caso que cumplimentarán anónimamente al finalizar el taller. Por último, el formador/a elaborará un informe evaluativo de los talleres, en el que reflejará tanto un análisis de los resultados de los cuestionarios de los alumnos, como un análisis propio junto a propuestas de mejora.



1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

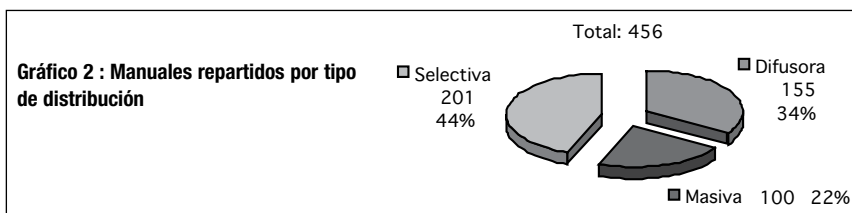
1.1. DIFUSIÓN

- Septiembre-Octubre 2005 :
 - Presentación en medios informativos locales.
 - Envío de cartas de presentación de Concejalía a las autoescuelas.
 - Presentación institucional del programa desde Alcaldía.
 - Toma de contacto telefónico de los técnicos municipales con las autoescuelas para fijar cita de presentación del programa.
- Noviembre 2005:
 - Comienzo de visitas presenciales de los técnicos municipales a las distintas autoescuelas.
 - El proceso de difusión ha sido continuo enlazando con el seguimiento posterior de los contactos. De esta forma se han realizado en torno a 160 visitas presenciales y 250 llamadas telefónicas a las autoescuelas del municipio.
- Datos cuantitativos:



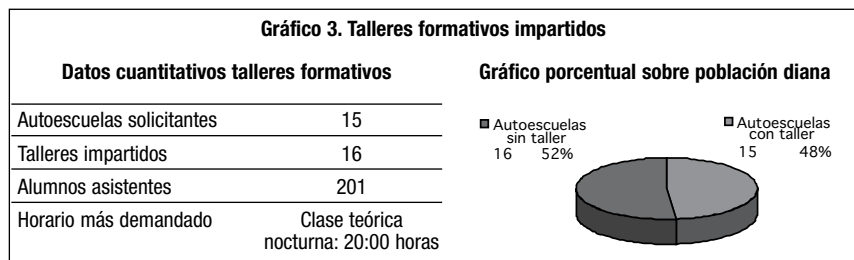
1.2. REPARTO DE MANUALES

- Los manuales comenzaron a repartirse en noviembre de 2005 y ha continuado su distribución a lo largo de la presente edición del programa.
- Atendiendo a las formas de distribución se obtienen las siguientes cifras de reparto:
- Distribución asociada a la difusión: inicialmente se destinaron 5 manuales por autoescuela para conocimiento del programa. Total de manuales repartidos: 155.
- Distribución masiva: a petición de los alumnos de las autoescuelas tras entrega de ficha de solicitud. Total: 100 manuales.
- Distribución selectiva: manuales repartidos entre los asistentes a los talleres presenciales realizados en las autoescuelas. Total: 201 manuales.
- Total de manuales repartidos: 456.



1.3. TALLERES FORMATIVOS

- Los talleres han tenido lugar durante los meses de marzo, abril y mayo de 2006.
- Datos cuantitativos:



2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tal y como está especificado en el proyecto, la evaluación de resultados se realiza a través del análisis de la información obtenida a través de tres fuentes: profesorado, alumnado y formador/a. Para ello, se les aplica diversos cuestionarios de evaluación con los que se valora las diferentes actividades del programa. De esta forma, tendríamos:

Instrumentos de Evaluación		
Nombre	Destinatario	Actividades que evalúa
Cuestionario Global para Profesores	Profesorado y responsables de autoescuelas	Difusión Manual Talleres
Cuestionario de Valoración del Manual	Profesorado Alumnado	Manual
Cuestionario de Valoración de Talleres	Alumnado	Talleres
Informe Evaluativo de Talleres	Formador/a	Talleres

En la presente edición, debido a las características inherentes a la implantación de un nuevo programa, sólo disponemos de datos provenientes del *Cuestionario Global para Profesores*, que si bien no recoge la opinión de todos los agentes implicados sí recoge la evaluación de todas las actividades del programa por parte del profesorado de las autoescuelas; asimismo disponemos de los datos provenientes del *Cuestionario de Valoración del Manual* aplicado a los profesores.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS:

2.1. CUESTIONARIO GLOBAL PARA PROFESORES

- El cuestionario consta de 4 bloques evaluativos, en los que se valora el proceso de difusión, el manual (a través del *Cuestionario de Valoración del Manual*), los talleres y sugerencias de mejora del programa.
- La evaluación se ha realizado con las 15 autoescuelas que desarrollaron talleres.

• Resultados:

Gráfico 4. Grado de satisfacción del proceso de difusión.

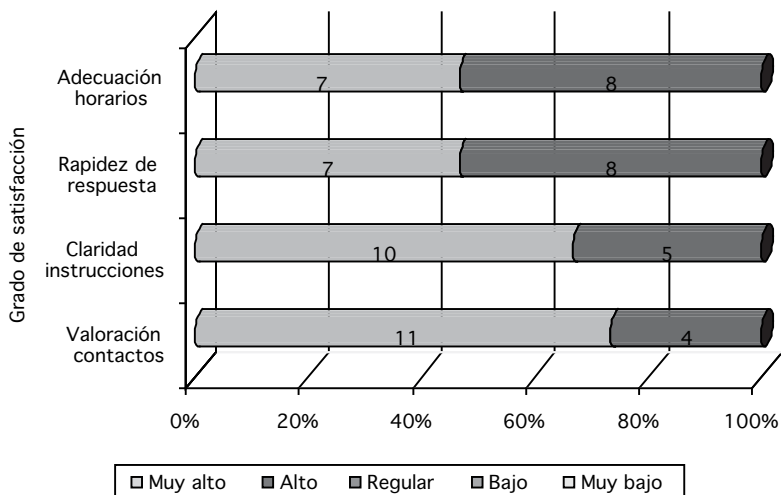


Gráfico 5. Valoración del manual.

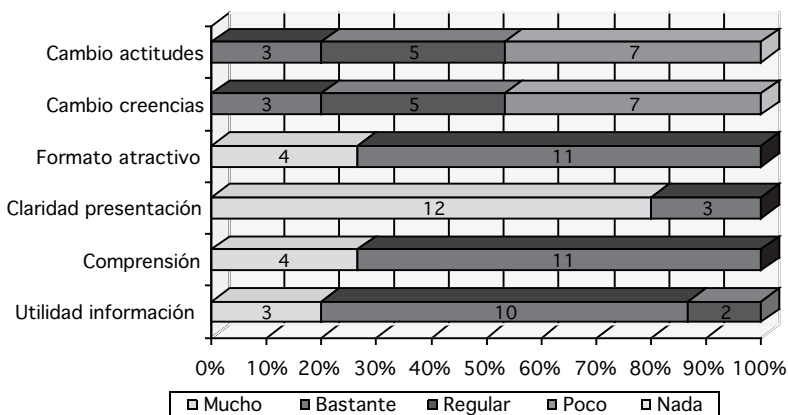
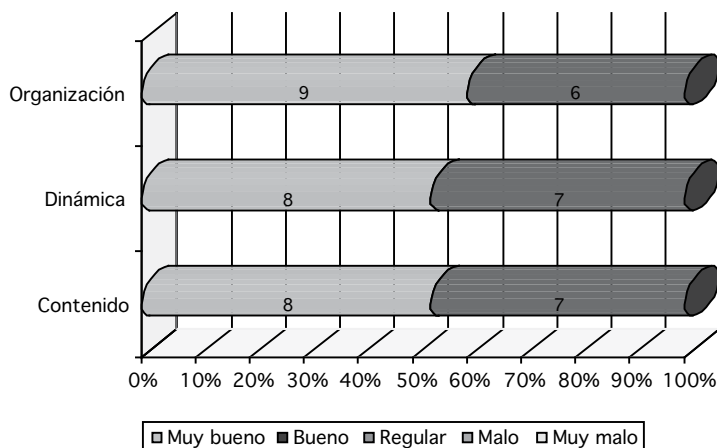


Gráfico 4. Grado de satisfacción del proceso de difusión.



2.2. SUGERENCIAS DE MEJORA:

- Contenido del taller:
 - Mayor desarrollo del binomio alcohol – conducción (7 propuestas).
 - Utilización de medios audiovisuales (5 propuestas).
 - Mostrar imágenes de accidentes y sus consecuencias (4 propuestas).
 - Ampliar el desarrollo de los efectos sobre la conducción de otras sustancias distintas al alcohol (2 propuestas).
 - Lenguaje adaptado a la comprensión del grupo (1 propuesta).
- Cuestiones organizativas:
 - Talleres trimestrales (6 propuestas).
 - Mayor intensidad de la campaña en épocas especiales, tales como las Fiestas Populares de la localidad, las navidades, el verano, etc (4 propuestas).
 - Ampliar la difusión del programa a otros ámbitos, como por ejemplo en los colegios, ofertando su puesta en marcha en 5º y 6º de Primaria como parte de un proyecto de Educación Vial (2 propuestas).

- Ofertar el programa a otros colectivos (no sólo a los alumnos de las autoescuelas), en cuyo caso la autoescuela cedería su local para los talleres (1 propuesta).

3. DIFICULTADES HALLADAS

A lo largo del proceso de implantación del programa nos hemos topado con ciertas dificultades que han enlentecido, en algunos casos, o imposibilitado, en otros, la correcta aplicación del mismo.

Análisis de dichas dificultades por actividad concreta:

DIFUSIÓN

- En este caso no ha habido ninguna dificultad destacable, consiguiendo el objetivo fundamental de realizar la difusión entre el 100% de la población diana.

REPARTO DE MANUALES

- En cuanto a la distribución difusora y la distribución selectiva, no ha habido ninguna dificultad reseñable, ya que en ambos casos se han cumplido las expectativas y objetivos marcados para esos tipos de distribución.
- En el caso de la distribución masiva, hallamos una media de 3.1 manuales por autoescuela entregados a petición expresa de los alumnos. Esta cifra es demasiado baja, por lo que debemos analizar las posibles causas de esta demanda tan pobre; entre ellas podemos señalar:
 - La presentación del programa a los alumnos de las autoescuelas dependía exclusivamente del profesor y no de los técnicos municipales. Sin entrar a valorar las razones, probablemente esta presentación no se haya llevado a cabo por los profesores con el mismo interés que tendrían los técnicos, especialmente en aquellos casos en los que no se hayan realizado talleres o hayan mostrado desinterés por el programa desde un principio.
 - En aquellas autoescuelas que realizaron taller se repartió un número elevado de manuales entre todos los asistentes, lo que reduce la posibilidad de nuevas peticiones.
 - En conclusión y enlazando las dos posibles causas anteriores: la difusión masiva del manual ha dependido, en gran medida, de las autoescuelas que no han realizado talleres que, a su vez y salvo

excepciones, son las que han mostrado menos interés desde un principio.

IMPARTICIÓN DE TALLERES:

- Aquí hallamos una serie de dificultades que imposibilitaron la total implantación de esta actividad en la población diana. Las enumeramos a continuación.

- Autoescuelas que se manifestaron muy interesadas pero que no pudieron concretar el taller por una brusca disminución de alumnado durante abril y mayo.

- Autoescuelas interesadas con las que no se pudo cerrar el taller por dificultades para contactar con los profesores (horarios nocturnos).

- Autoescuelas interesadas pero que tuvieron problemas por ausencia de profesorado durante los meses de marzo y abril.

- Autoescuelas interesadas con las que no se pudo cerrar el taller por problemas de horario con el formador.

- o Autoescuelas que manifestaron interés en un principio pero que decidieron no hacer el taller a la hora de concretarlo.

- Autoescuelas que no manifestaron interés desde un primer momento.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS. CONCLUSIONES

4.1. DIFUSIÓN

Los datos que arroja el análisis del proceso de difusión son bastante satisfactorios, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, conclusión respaldada por las imperceptibles sugerencias de mejora realizadas por los profesores encuestados.

En cuanto al análisis cuantitativo (gráfica 1) observamos una eficacia a la hora de llegar a la población diana del 100%, lo que cumple plenamente el objetivo principal de esta fase: difundir el programa entre la población de autoescuelas del municipio.

Los tiempos empleados en la difusión, aunque en un principio pueden parecer excesivos (3 meses), vemos que no son tal al subrayar que se trata del lanzamiento inicial de un programa que no tenía ningún tipo de antecedente en nuestro municipio. Esto conlleva una serie de pasos previos a la visita directa a las autoescuelas, como son la presentación en medios de comunicación, la presentación epistolar desde Concejalía y la presentación institucional a través de Alcaldía, que abarcaron los dos primeros meses y que alargaron los tiempos empleados en el proceso total de difusión. Este aparente obstáculo se convierte en una ventaja por dos razones fundamentales:

- En primer lugar, facilita la posterior entrada del programa en las autoescuelas, al ser ya conocido con antelación a la visita del técnico municipal.
- En segundo lugar, logra cumplir uno de los objetivos secundarios de cualquier programa de prevención: conseguir que la población general conozca su existencia.

En cuanto al análisis cualitativo (gráfica 4) observamos un grado de satisfacción general con el proceso de difusión que oscila entre muy alto y alto:

- En la categoría que valora el grado de satisfacción respecto a la adecuación de los horarios de visitas y llamadas efectuados por los técnicos municipales de prevención, el 53.3% de los profesores encuestados se encuentran bastante satisfechos y el 46.6% restante se muestran muy satisfechos con los horarios en que se realizaron las visitas y las llamadas telefónicas.
- En cuanto al grado de satisfacción respecto a la rapidez y oportunidad de las respuestas dadas desde el área de prevención de dro-

godependencias, los valores oscilan nuevamente entre un 46.6% muy satisfechos y un 53.3% bastante satisfechos.

- Respecto a la categoría de claridad de las propuestas e instrucciones un 66.6% se encuentran muy satisfechos y un 33.3% bastante satisfechos.
- Por último, el 73.3% de los profesores encuestados refieren una valoración muy alta de los contactos personales y telefónicos realizados y el 26.6% restante refieren una valoración bastante alta de esta categoría.

Agrupando estos resultados, podemos concluir que las autoescuelas evaluadas muestran gran satisfacción y acuerdo con la forma en que se ha realizado la difusión, aprobando tanto los aspectos más formales y objetivos (horarios) como los más proclives a valoraciones subjetivas sujetas a circunstancias personales (valoración de contactos).

Sin embargo, debemos señalar un aspecto que si bien no empaña estos resultados sí les resta cierta validez general: la ausencia de valoración del proceso de difusión de aquellas autoescuelas que no participaron finalmente en la impartición de talleres. Este es un aspecto difícil de solventar por un motivo fundamental: las razones por las que finalmente no se impartieron los talleres, ya mencionadas en un punto previo, son enormemente variadas, lo que no nos permite elaborar una estrategia homogénea de evaluación en estos casos. Cuestión pendiente de analizar para elaborar un protocolo de actuación ante casuísticas como ésta.

En resumen, la actividad de difusión realizada ha sido ampliamente reconocida, tanto a nivel de resultados (cumplimiento de la actividad) como a nivel de proceso (cumplimiento de los objetivos). En próximas ediciones se reducirá significativamente el tiempo dedicado a la difusión inicial y podremos aprovechar ese remanente temporal para hacer una difusión más selectiva entre las autoescuelas y conseguir una mayor participación en el programa completo. En líneas generales, la actividad difusora seguirá la misma dinámica, pues ha demostrado su validez en resultados y proceso.

4.2. REPARTO DE MANUALES

En este análisis incluimos tanto los datos cuantitativos de reparto de manuales como las evaluaciones cualitativas del manual que han realizado los profesores.

Los datos arrojados por el análisis cuantitativo (gráfico 2) ponen de

manifiesto diferencias importantes entre los tres tipos de difusión realizados: selectiva, difusora y masiva. Si bien en los dos primeros tipos se han cumplido los objetivos establecidos en su planificación inicial, en la distribución masiva los datos son poco alentadores.

En primer lugar, el porcentaje de manuales repartidos en este tipo de modalidad representa sólo el 22% del total, cifra escasa si tenemos en cuenta que esta difusión debería ser la más alta para conseguir el objetivo de acercar el programa y su contenido preventivo a la mayor parte de la población diana.

En segundo lugar, al extraer la media aritmética de difusión masiva, hallamos que tan sólo 3.1 alumnos por autoescuela han recibido el manual a través de esta modalidad.

En ambos casos, podríamos señalar como posibles causas las referidas anteriormente en el apartado de "Dificultades halladas" por lo que no van a ser nuevamente expuestas. No obstante, debemos tenerlo en cuenta a la hora de proponer mejoras para próximas ediciones.

Respecto al análisis cualitativo del manual (gráfico 5) afloran dos tendencias de respuesta acordes a dos grandes bloques de evaluación del contenido del manual: presentación y utilidad.

El bloque que agrupa la categoría global referente a la presentación de los contenidos, está compuesto por las subcategorías de "Comprensión de los contenidos", "Claridad de la presentación" y "Formato atractivo". En los tres casos, la tendencia de respuesta ha sido homogénea copando los valores de "mucho" y "bastante" el 100% de las respuestas. En este caso los resultados son plenamente satisfactorios.

El bloque englobado por la categoría de utilidad de los contenidos, refleja las respuestas recogidas en las subcategorías de "Utilidad de la información", "Cambio de actitudes" y "Cambio de creencias". En esta categoría la tendencia es algo heterogénea y más crítica respecto a la anterior. Respecto a la "Utilidad de la información" un 86,6% de los encuestados han señalado que la información presentada es bastante o muy útil. Este dato aislado en sí es muy satisfactorio; sin embargo, genera cierta contradicción al compararse con las respuestas dadas en las otras dos subcategorías: en los dos casos (fomento del cambio de actitudes y del cambio de creencias) el 46.6% de los profesores han señalado que la lectura del manual fomenta poco ese cambio, frente a un 33.3% que han señalado que el fomento es regular y un 20% que creen que favorece bastante el cambio. Una posible explicación de estos resultados radica en la insuficiencia de cualquier material informativo para provocar

estos cambios en actitudes y creencias; aunque la información sea útil, por sí sola no provoca una interiorización significativa de los contenidos que conlleve ese cambio buscado. Por esta razón, la optimización del programa se logra con su desarrollo total, complementando la información escrita del manual con la exposición dinámica de los talleres lo que facilita el acceso al bagaje interior de cada cual.

En conclusión, los resultados del proceso de reparto y valoración de los manuales son muy enriquecedores a la hora de establecer análisis que conducen a mejorar los protocolos de actuación establecidos en esta primera edición. En general, el análisis realizado arroja resultados satisfactorios, con ciertas limitaciones que se habían vislumbrado en el proyecto teórico inicial y que han sido corroboradas por los datos de aplicación. Esto conduce a la reelaboración del proyecto y de protocolos concretos para buscar la excelencia, objetivo final de cualquier actividad que se emprenda y que conlleve la mejora continua de la misma.

4.3. TALLERES FORMATIVOS

En este caso, las evaluaciones han medido, por un parte, la aceptación que ha tenido la propuesta de esta actividad mediante el porcentaje de talleres realizados sobre la población diana y, por otra, el desarrollo de los mismos (organización, dinámica y contenido).

Respecto al porcentaje de participación en esta actividad, obtenemos un 52% de autoescuelas que no han realizado taller frente a un 48% que sí lo han hecho (gráfico 3). Es decir, aproximadamente la mitad de la población diana ha completado el programa en su totalidad realizando todas las actividades propuestas. Las razones por las que no participaron el resto de autoescuelas ya han sido expuestas en el bloque de "Dificultades halladas". Allí se puede observar una gran variabilidad de motivos que podemos agrupar en tres categorías en función del origen:

- Origen: autoescuelas. En este caso, las razones por las que no se han realizado los talleres estriban en cuestiones internas de la dinámica de las autoescuelas y, por lo tanto, no se puede actuar sobre ellas desde el área de prevención del CAID. Así, estarían reflejadas aquellas autoescuelas que no realizaron talleres por tener un descenso brusco de alumnado en las fechas previstas, y aquellas, que sufrieron ausencia de profesorado en esas fechas.
- Origen: área de prevención del CAID. Aquí se reflejan aquellos casos en los que no se realizaron talleres por cuestiones organizati-

vas de Prevención. Señalaríamos aquellas autoescuelas que no realizaron taller por dificultades para contactar con los profesores en horario nocturno y, aquellas, que no pudieron cuadrar la fecha de celebración del taller con la disponibilidad del formador. En ambos casos, estas razones son resolubles desde el área de Prevención y así se tendrá en cuenta en la organización de próximas ediciones.

- Origen: autoescuelas + área de prevención CAID. Esta tercera categoría refleja aquellos casos en los que la no participación en la actividad es achacable a ambas entidades. Así, englobaríamos aquellas autoescuelas que no hicieron los talleres por un desinterés inicial en todo el programa o por un interés parcial en un principio que finalmente no cuajó. Responsabilizamos de este desinterés a las dos entidades: a las autoescuelas porque tendrían sus motivos que en ningún caso evaluamos y al área de prevención por no realizar una difusión y presentación del programa acertadas.

En el caso de la valoración de los talleres realizados los resultados son muy positivos, ya que el total de las autoescuelas evaluadas consideran la organización, la dinámica y el contenido de los talleres buenos o muy buenos (gráfico 6). En este sentido, se harán ligeras modificaciones tendentes a incluir las sugerencias de mejora realizadas por los profesores sobre el contenido de los talleres (señaladas en el apartado de evaluación de resultados) que desde el área de prevención nos han parecido positivas.

5. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA PRÓXIMA EDICIÓN

Para la próxima edición señalamos resumidamente las propuestas de mejora que ya se han ido detallando en la evaluación de cada actividad:

- Cuestiones generales:
 - Continuidad del programa durante todo el año natural, englobando ciclos completos de aplicación de todas las actividades con periodicidad trimestral.
 - Complimentación de las evaluaciones a través de todos los instrumentos elaborados a tal fin y con la participación de todos los agentes implicados.
 - Elaboración de un informe final de evaluación de toda la edición.
 - Mayor intensidad de la campaña en épocas especiales.
- Difusión:
 - Disminución del período inicial destinado a la difusión.

- Incremento de una difusión más detallada y selectiva entre las auto-escuelas.
- Reparto y utilidad de los manuales:
 - Mantenimiento de los protocolos de actuación en las modalidades de reparto selectivo y difusor.
 - Aumento de la cantidad de manuales entregados en la modalidad de reparto masivo:
 - Indirectamente a través del refuerzo de la difusión selectiva y específica para autoescuelas y alumnado.
 - Directamente a través de la simplificación de los procesos de obtención del manual.
 - Mantenimiento del manual actual.
 - Incremento de la percepción de cambio en actitudes y creencias en la problemática tratada, a través de estrategias que incidan en la realización completa del programa.
- Talleres formativos:
 - Periodicidad trimestral.
 - Mayor flexibilidad en la adecuación de horarios de los técnicos de prevención y el formador.
 - Fomento de la participación a través de la mejora de la difusión.
 - Inclusión y/o modificación de algunos contenidos de los talleres:
 - Mayor desarrollo del binomio alcohol-conducción.
 - Utilización de imágenes de accidentes y sus consecuencias.
 - Inclusión de los efectos sobre la conducción de otras sustancias.
 - Utilización de medios audiovisuales.
 - Lenguaje adaptado a la comprensión del grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- Calafat, A. (2000) *"Salir de marcha y consumo de drogas"*, Madrid, Delegación el Gobierno para el PND
- DGT (1994) *"Alcohol en 5 de cada 10 accidentes"*. Revista Tráfico
- DGT (1995) *"el ritmo de la noche"* Revista Tráfico
- DGT (1997) *"Mezcla explosiva"* Revista Tráfico
- DGT (1999) *"Un trago de 4000 muertos"*. Revista Tráfico
- DGT (200) *"Las drogas de diseño"* Revista Tráfico

- DGT (2001) "Alcohol y drogas: efectos mortales" Revista Tráfico
- DGT (2002) "Alcohol y medicamentos una pareja peligrosa" Revista Tráfico
- DGT (2003) "Continúa el peligro" Revista Tráfico
- DGT (2004) "Cannabis y conducción de vehículos: nuevas evidencias" Revista Tráfico
- DGT (2006) "Demasiadas Rayas en la carretera": Revista Tráfico
- Elzo, J. (2002) "*¿Qué esta pasando en la noche?*" Congreso sobre "*Jóvenes, Noche y Alcohol*" organizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid, Palacio de Congresos. 12- 14 de Febrero de 2002
- Elzo, j. Comas, D. Vielva, I. ; Laespada, T. Y Salazar, L. (2000), "*Las culturas de las drogas en los jóvenes*", Vitoria, Gobierno Vasco
- Encuesta hábitos consumo drogas jóvenes Torrejón, (2001) sin publicar, documento interno de trabajo, CAID de Torrejón de Ardoz, Madrid
- FEMP y PND (2002) Jornadas de "*Menores y consumo de drogas: líneas de actuación*". 20 horas. Segovia, Valsain, 20- 21 junio 2º2
- Pallares G. Y Feixa, C. (2000) "Espacios e itinerarios para el ocio juvenil nocturno" Revista de Estudios de Juventud, nº 50, septiembre 2000, INJUVE
- Plan Nacional de drogas (2000, 2001, 2002). *Encuesta escolar sobre drogas*.
- Plan Nacional de Drogas (2002) Congreso "Jóvenes, noche y alcohol", Madrid, 12, 13 y 14 de enero.

VIGOREXIA: ADICCIÓN, OBSESIÓN O DISMORFIA; UN INTENTO DE APROXIMACIÓN

José Miguel Rodríguez Molina
Universidad Autónoma de Madrid, España

Recibido: 24-07-07. Aceptado: 01-09-07

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es un intento de aproximación al concepto de vigorexia. Se realiza una breve aproximación histórica y se incide en la prevalencia del problema. Se intenta definir adecuadamente el concepto. Posteriormente se realiza una definición diferencial con respecto a otros trastornos como la anorexia nerviosa, la adicción al ejercicio, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) o Muscular (TDM) y otros. Se estudia la posible etiología y algunos modelos actuales. Se concluye la conveniencia de realizar estudios empíricos diferenciales con respecto a otros conceptos relacionados.

Palabras clave: adicción al ejercicio, anorexia nerviosa, dismorfia muscular, trastorno obsesivo compulsivo, Vigorexia.

ABSTRACT

The aim of this study is an attempt of approach to the concept of vigorexia. A brief historical approach is made and it is affected the prevalence of the problem. It is tried to define the concept suitably. Later a

Correspondencia

José Miguel Rodríguez Molina
Facultad de Psicología, despacho 11
Universidad Autónoma de Madrid
Campus de Cantoblanco
28049 Madrid
E-mail: jm.rodriguez@uam.es

definition is made differential with respect to other disorders like the nervous anorexia, the exercise addiction, the obsessive-compulsive disorder (OCD), the muscle dysmorphia disorder (MDD) and others. One studies the possible etiology and some present models. The convenience concludes of making empirical studies differentials with respect to other related concepts.

Keywords: exercise addition, muscle dysmorphia, nervous anorexia, obsessive-compulsive disorder, vigorexia

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CONSIDERACIONES INICIALES

La sociedad ha ido evolucionando de forma paulatina a lo largo de la historia, pero la actual sufre tal influencia de los medios de comunicación, que cualquier patrón social puede haberse extendido a todos los estratos de la sociedad en un breve periodo de tiempo (Cardona y García, 1999). Entre estos rápidos cambios interesa en este trabajo destaca por un lado la gran proliferación, sobre todo en las sociedades más avanzadas, de las denominadas nuevas adicciones. Estas “adicciones sin droga” surgen como una actividad, aparentemente inocua, que realiza el sujeto de manera repetitiva y que le produce satisfacción, consecución de algún objetivo y una gran sensación de control (Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003).

Además, es de destacar la existencia de un culto excesivo a la belleza corporal y una obsesión por la salud entendida como perfección. El cuerpo se ha convertido para muchas personas en el referente más importante de la propia identidad que homogeneiza valores a falta de otros de diferente naturaleza. Los medios de comunicación a través de películas y publicidad, relacionan la felicidad con la imagen del cuerpo, asociando entre si los conceptos de hermosura, bienestar y salud. Según Olivardia *et al.*, (2004) la mayoría de los norteamericanos están descontentos con su cuerpo y esto genera riesgo de baja autoestima, de consumo de sustancias peligrosas, de alteraciones de la alimentación y de depresión. La necesidad de un cuerpo o una imagen perfectos resultan muchas veces en diversos trastornos psicológicos (Yaryura-Tóbias, 2003).

Está cada día mejor documentado que la práctica regular de una actividad física reporta múltiples beneficios para la salud física y psicológica (Petruzzello *et al.*, 1991). Sin embargo, también puede convertirse en

un problema si “se realiza a intensidades, frecuencias o condiciones que causan deterioro y/o (...)” (Arbinaga y Caracuel, 2003).

1.2. PREVALENCIA

Aunque no hay datos definitivos, (no hemos encontrado ningún estudio de campo sobre prevalencia en España) podemos citar varios datos alarmantes al respecto:

1. Pope (2002) estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno, lo que confirma sus propios datos de 1993.
2. Olivardia (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
3. El mismo porcentaje se ha encontrado en México (Baile, 2005).
4. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación “clínica” (García Gómez y Toledo, 2005).
5. Un estudio situó el número de vigoréxicos en España entre 20.000 y 30.000 (Alonso, 2002).
6. Otro estudio estima, trasponiendo datos de EE.UU. que en España debe haber 10.500 vigoréxicos (Baile, 2005).
7. La Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Méndez, 2002).
8. Este problema se encuentra en numerosas culturas (Pope *et al.*, 2000).

Así pues, no hay datos homogéneos ni estudios de prevalencia que demuestren cuántos vigoréxicos hay en España, oscilando la cifra estimada entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo. A esto contribuye la indefinición del concepto, ya que dependiendo cómo se defina se encontrarán más o menos casos.

1.3. BREVE HISTORIA DEL TRASTORNO Y SU TERMINOLOGÍA

Las primeras anotaciones sobre la dependencia al ejercicio aparecen en los trabajos de Baekeland en 1970 (citado en Arbinaga, 2004), en los que se estudiaba el efecto que la privación del ejercicio producía en los patrones del sueño.

Se realizaron diversos estudios sobre lo que Glasser denomina “adicción positiva”, siendo muchos los autores que investigaron sobre ello y

se acuñó el término “adicción al correr”. En los años noventa se comienza a estudiar el fenómeno por el cual la práctica deportiva se convierte en una “obsesión”. Las primeras referencias las encontramos en el grupo de investigación del psiquiatra Harrison Pope en Estados Unidos, quien describió la “enfermedad” por primera vez en 1993 mientras investigaba el uso y abuso de esteroides (Pope, 1993, Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003). En realidad Pope ya había estudiado antes este trastorno que en principio consideró una forma de psicosis (Pope, 1987).

Dicho trastorno que el grupo denominó “Anorexia Nerviosa Inversa” (Reverse Anorexia) o incluso “Big-orexia”, ha evolucionado hasta el término más actual de “Dismorfia Muscular” o “dismorfofobia”. También se habla a veces (Morgan, 2000) de “Complejo de Adonis”. En la actualidad se denomina sobre todo “Vigorexia”.

Se han utilizado otros muchos nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortotexia, megarexia,...

Por tanto nos movemos en un campo confuso donde coexisten los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular o dismorfofobia, Complejo de Adonis y Vigorexia. En la actualidad, según un estudio realizado por Baile (2003) parece que los términos “Anorexia Nerviosa Inversa” o “Dismorfia Muscular”, pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo “Vigorexia” el término más extendido en los textos en castellano.

1.4. CONCEPTO

El problema no es solo ponerle nombre sino sobre determinar en qué consiste:

1. Se trata de una Adicción al Ejercicio, una de las nuevas adicciones gran incidencia, como la adicción a Internet o a las compras. Algunos autores piensan que ni se debería hablar de vigorexia (Remor, 2005).
2. Se trata de un de Trastorno Obsesivo Compulsivo, con pensamientos constantes acerca de la necesidad de ejercitarse y cuya compulsión es la propia de actividad física.
3. Es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).
4. Se trata de un trastorno de tipo cognitivo, en que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen (Dismorfia Muscular).

1.5. ELEMENTOS DE LA VIGOREXIA

Veamos qué sabemos a ciencia cierta respecto a este trastorno:

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja. (De la Serna, 2004).
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son (Baile, 2005, Pope, 1993).
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud.

II . CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES

2.1. ANOREXIA

La vigorexia ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues los sujetos vigoréxicos tienden a una restricción alimentaria, al uso de fármacos y a la realización de ejercicio excesivo, igual que en la Anorexia Nerviosa (Sandoval Sheik, 2001). Como hemos comentado a la vigorexia cuando se detectaron los primeros casos se la denominó “anorexia nerviosa inversa”, (*reverse anorexia*), debido a las características comunes que en ciertos aspectos componen estos trastornos, aunque en sentido opuesto.

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas... (De la Serna, 2004).

En ambos casos se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio. Sin embargo hay grandes diferencias entre la vigorexia y los TCA. De esta parece derivarse la idea de que aunque tengan elementos similares, la anorexia y la vigorexia son verdadera-

mente dos trastornos diferentes y la vigorexia no puede considerarse un TCA. Pueden verse las diferencias la Tabla 1.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Anorexia	
Vigorexia	Anorexia
- Se ve delgado y débil ("pequeño")	- Se ve gorda.
- Intenta ganar peso.	- Intenta perder peso
- Gusto por la ingesta de proteínas.	- Rechazo por la ingesta de proteínas.
- Más prevalente en hombres.	- Más prevalente en mujeres
- Fármacos para ganar peso.	- Fármacos para perder peso.
- No antecedentes de agresión sexual.	- A veces antecedentes de agresión sexual
- La conducta fundamental es el exceso de ejercicio.	- La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar,...)
- Siempre se hace mucho ejercicio.	- No siempre se hace mucho ejercicio

2.2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

En la vigorexia los sujetos muestran pensamientos recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué hacer para mejorarlas, y se lanzan de forma "compulsiva" a realizar ejercicio físico para compensar ese "defecto" de su cuerpo (Baile, 2005). Por ello se puede pensar que estamos ante un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Este se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes y por conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con el objetivo de reducir su malestar o prevenir acontecimientos negativos (Andrés *et al.*, 2002).

Hay elementos similares entre la vigorexia y el TOC y no solo la presencia de pensamientos y conductas recurrentes. Por ejemplo, la realización de la conducta no es propiamente placentera para el sujeto en ninguno de ambos trastornos, si bien existe un efecto de reforzamiento negativo por lo terrible que sería (imaginariamente) no hacer dicha conducta. Véase el Cuadro 1. Sin embargo también aparecen diferencias, como puede verse en la Tabla 2.

De todas formas, se estima que el 15% de las personas con TDC, sufre además un TOC (Frare *et al.*, 2004). Incluso hay autores que consideran que los TDC son una variantes de las obsesiones (Yaryura-Tóbias *et al.*, 2003).

Cuadro 1. Secuencia de conducta en el TOC y en la Vigorexia

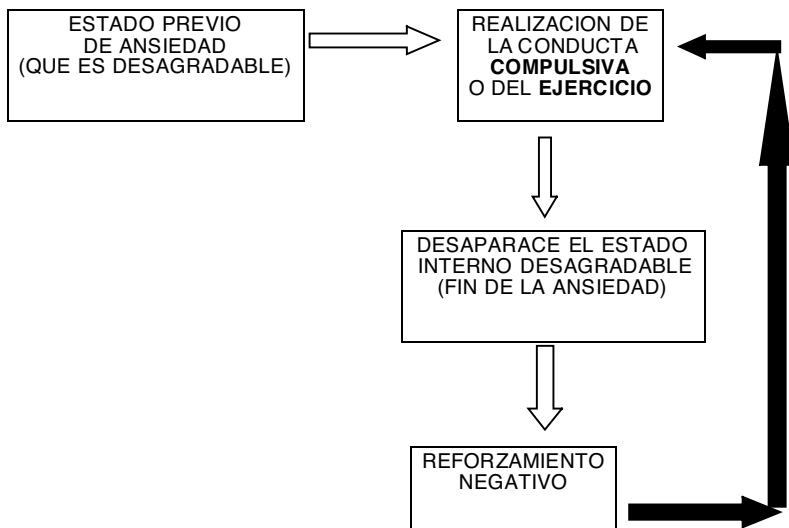


Tabla 2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

Vigorexia	TOC
- Inicio en la adolescencia o en la juventud.	- Inicio típico en la edad adulta.
- El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.	- El pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles.
- Capacidad para delegar, no se acumulan objetos, ni dinero, no hay estilo avaro.	- Alteraciones por acumulación.
- No hay rituales sin objetivo.	- Incapacidad para delegar y estilo avaro.
- Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.	- Hay rituales sin objetivo.
	- Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza,...

2.3. ADICCIONES

Algunos estudiosos asocian las conductas de los sujetos vigoréticos con las adicciones no químicas como juego, dinero, poder, trabajo, comida, sexo o deporte. La práctica compulsiva del deporte proporciona placer, es decir, ejerce un papel de refuerzo. Disminuye la ansiedad y el estrés, aumenta la autoestima y mejora las relaciones en el trabajo. Los sentimientos negativos que perciben los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo resultan similares a los de abstinencia.

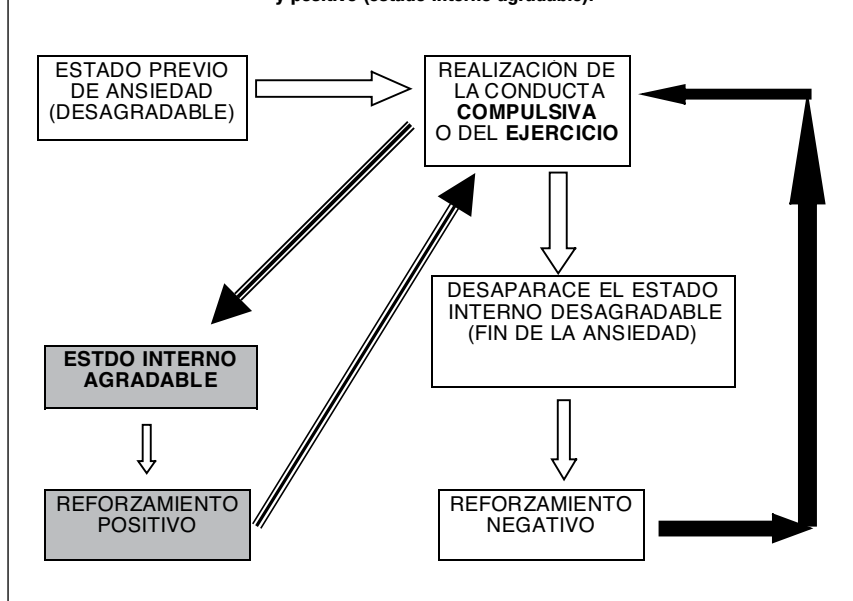
Las investigaciones que se han realizado sobre los síntomas de retirada del ejercicio, expresados por personas que practican ejercicio excesivo con regularidad cuando se ven privadas del mismo, ha proporcionado un apoyo sustancial al concepto de que la práctica de ejercicio es un proceso potencialmente adictivo. Los investigadores han informado de que tanto en las investigaciones anecdóticas como en las empíricas, los individuos dependientes del ejercicio han notificado síntomas de retirada cuando no han podido hacer ejercicio, similares a los síntomas explicados por otras personas con otros tipos de adicción (Adams y Kirby, 2003). Por tanto la vigorexia sería adicción al ejercicio.

Pero los vigoréticos muestran diferencias con los adictos al ejercicio. Los adictos realizan ejercicio buscando no solo disminuir un estado previo desagradable (por ejemplo la abstinencia) sino intentando conseguir un estado interno agradable. La práctica produce un efecto placentero, esto es hay un proceso de reforzamiento positivo. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréticos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo.

El adicto al ejercicio o a la práctica deportiva sería aquel que se encontraría a gusto mientras realizase sus ejercicios y que consideraríamos un adicto en tanto dedicase tanto tiempo a hacerlo que perjudicase su adaptación psicológica, social y laboral (véase el Cuadro 2).

En esta misma línea, ya el propio Yates (1991) concluyó que las características que presentaban aquellos primeros "corredores obligados" o "corredores obsesivos" estarían dentro de los parámetros de las compulsiones más que de los de las adicciones ya que la experiencia de estos corredores es más displacentera o dolorosa que placentera. Afirmó que para los sujetos adictos muestran rasgos de tipo egosintónico, ya que no quieren parar o detener la realización de la actividad, obteniendo básicamente placer con su comportamiento, pero los sujetos obsesivo-compulsivos serían egodistónicos, ya que no es realmente placer lo obtenido ni

Cuadro 2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable).



lo buscado, sino que encontrándose con un cierto malestar previo usarían la actividad física como reductora de dicho malestar.

Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbinaga y Caracuel, 2006). En esta línea, otro concepto que hemos encontrado durante la realización de este estudio, mencionado espontáneamente por entrenadores y monitores, sobre todo de natación y de culturismo es el de **adicción a las marcas u obsesión por las marcas**. Se trata de deportistas que hacen esfuerzos enormes, perjudicando a veces su salud y sacrificando sus estudios, su tiempo de ocio, su tiempo de pareja,... para conseguir batir una marca, por ejemplo nadar una distancia por debajo de un tiempo dado. Algo similar relató un monitor respecto a jóvenes que se entrenan para presentarse a las oposiciones de bombero y que hacen grandes sacrificios para conseguirlo. A veces perjudican su vida privada para conseguir estos objetivos e incluso llegan a doparse para lograr dichas metas. El objetivo se convierte en algo positivo (véase Cuadro 3). Sin embargo, también este problema presenta pautas diferenciadas respecto a la vigo-

Cuadro 3. Secuencia de una conducta de adicción a las marcas.

La meta es el reforzador sin necesidad de otro estado interno agradable.

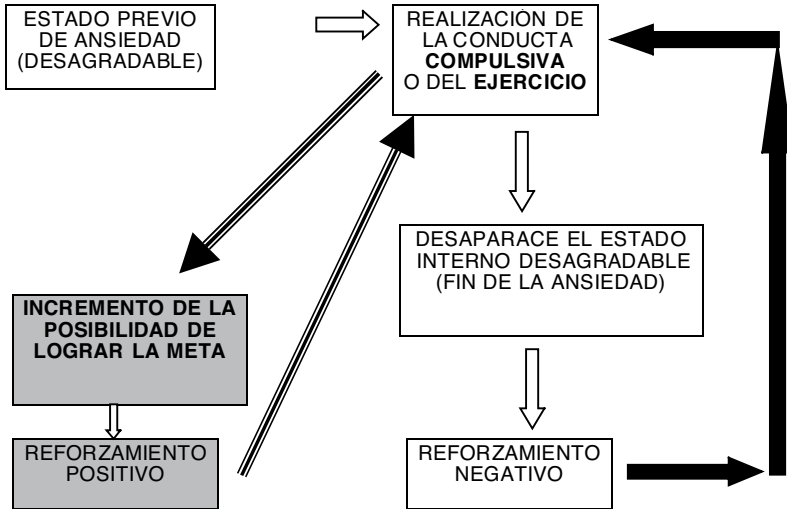


Tabla 3. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y adicción al ejercicio o a las marcas

Vigorexia	Adicción al ejercicio o las marcas
- No hay un objetivo externo, el objetivo es el propio cuerpo. - El sujeto no quiere dejar de hacer nunca tanto ejercicio. - Sobre todo se presenta en culturistas (que a veces hacen también otros deportes). - Predomina el ejercicio anaeróbico.	- Hay un objetivo externo que lo motiva todo. - El sujeto anhela el momento en que pueda dejar tanto esfuerzo (aunque luego reincida). - Se encuentra con frecuencia en nadadores, y opositores y tal vez en atletas. - Ejercicio aeróbico y anaeróbico.

rexia, como hemos resumido en la Tabla 3. Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbina y Caracuel, 2006).

2.4. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL O MUSCULAR (TDC/TDM):

Los trastornos somatomorfos son aquellos en los cuales los sujetos informan de ciertos síntomas físicos de enfermedad médica que no existe objetivamente, si bien no los fingen, sino que realmente los sienten. Se caracteriza por una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo o la apariencia, o si realmente existe, por una reacción excesiva hacia él. Véanse las definiciones correspondientes en el DSM-IV (APA, 2006) y en el CIE-10 (OMS, 2004). El TDC es, dentro de los trastornos somatomorfos, una de las alteraciones de la imagen corporal más grave que una persona puede sufrir.

La vigorexia ha sido propuesta como una variante del TDC, pues los sujetos manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil (Lantz *et al.*, 2002) Podemos decir que dentro de la información que se acompaña a los criterios diagnóstico del TDC, se recogen como síntomas y trastornos asociados, los problemas relacionados con la propia visión de la masa muscular que tienen ciertos deportistas, información que hasta ahora no había sido incluida. Puede interpretarse como un intento por parte de estos sistemas de clasificación, de introducir y por lo tanto diagnosticar la Vigorexia como un TDC. En esta línea, Kanayama *et al.* (2006) han encontrado que la principal diferencia entre culturistas que toman y que no toman anabolizantes es la dismorfia muscular (TDM) de los primeros.

Lo cierto es que el trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples problemas psicológicos (Cash y Pruzinsky, 2002)

Tras reflexionar sobre ello no nos parece que se pueda rebatir que la vigorexia sea un TDC ya que el sujeto se percibe como peor (más pequeño, débil,...) de lo que es. Esto sucede con los demás TDC: los sujetos perciben mal su cuerpo y esta es otra diferencia entre la vigorexia los TOC y las adicciones. Véase la Tabla 4. A veces se habla de Trastorno Dismórfico Muscular (TDM). El TDM, un subtipo de TDC, vendría a ser sinónimo de vigorexia.

En definitiva parece que la Vigorexia es un TDC y más concretamente un TDM.

III. ETIOLOGÍA

Se sabe poco de la etiología de la vigorexia. La explicación etiológica se ha llevado a cabo generalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hablar de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la adicción, que se encuentran en constante interacción. Estos factores pueden ser socioculturales, psicológicos y biológicos (Adams, y Kirby, 1998).

Tabla 4. Diferencias de Percepción del propio cuerpo en Vigorexia, TDM, TOC y Adicción

Vigorexia	TDM	TOC	Adicción al ejercicio o a las marcas
Siempre perciben su cuerpo como más débil o más pequeño.		Generalmente perciben bien su cuerpo.	

Las variables socioculturales pueden tener un papel fundamental como desencadenante. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación, (anuncios, series de televisión, concursos, revistas,...), fomentan unos valores sobre el físico, que van influyendo desde una temprana edad y se inculca la relación entre el aspecto y el éxito, las chicas guapas, el trabajo, el coche que quieren,... a que éste les llevará. Para conseguir todo esto es imprescindible tener es un cuerpo fornido y musculado, que además “es fácil de conseguir en el gimnasio” (Fanjul, 2006).

Una vez que llegan a este, se dan cuenta de que no es tan fácil cómo se lo vendieron, pero sí que hay productos que lo harán más fácil o rápido, o por lo menos le animará a entrenar todo el tiempo que sea necesario, (normalmente excesivo), poniendo en muchas ocasiones en peligro el resto de sus responsabilidades y la vida que tiene fuera del gimnasio, cada vez más reducida.

Sin embargo, el deseo de tener un cuerpo perfecto, no es una explicación suficiente, porque no hace que todos los sujetos terminen siendo vigoréxicos: hay gente que hace mucho ejercicio o que toma batidos de proteínas, sin por ello desarrollar este trastorno, por ejemplo sin que su vida privada se vea afectada.

Otros autores han propuesto una tendencia genética o biológica a este trastorno que ellos consideran adicción (Muñoz y Gómez, 2004). Parece que el bajo rendimiento del sistema serotoninérgico acompaña a este trastorno (Alonso, 1996), pudiendo aparecer además, un desequilibrio de

otros neurotransmisores cerebrales, como el gaba, encargado de la inhibición específica de comportamientos, o la dopamina, cuyos niveles aumentan significativamente en la práctica excesiva de deporte (igual que en otras adicciones, lo que biológicamente acercaría la vigorexia a adicción). Otra explicación biológica implica al sistema nervioso simpático y una dependencia de los niveles aumentados de catecolaminas que acompañan a la práctica regular de ejercicio (Martell, 2006). Otra línea de investigación, prometedora pero incipiente es la que sugiere que este trastorno (que sería entonces una adicción) podría ser el resultado de un déficit de opioides endógenos, estimulados por el ejercicio. Aunque en nuestra revisión se encontraron diversos estudios, estos no son concluyentes, ya que, además de tratarse de estudios anecdóticos (meras hipótesis de autores de este campo en páginas de Internet) la mayoría de las evidencias de la conexión entre endorfina y vigorexia se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal.

Los resultados no son concluyentes y no aclaran si las alteraciones en la neurotransmisión son la causa o el resultado de la vigorexia.

En cuanto a la influencia de variables individuales se puede destacar la importancia de ciertos problemas psicológicos (De la Paz, 2002; García, 2002). Los sujetos suelen presentar una historia de burlas sobre su apariencia, fracasos, relaciones interpersonales negativas,...de forma similar a lo que sucede en la Anorexia. Los sujetos realizan cogniciones equivocadas sobre su propia imagen, aparecen pensamientos obsesivos relacionados con experiencias previas. El perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo al ridículo y al fracaso y la opinión de los otros sobre ellos, juegan un importante papel (De la Serna, 2004). Esto es similar los TOC.

IV. MODELOS DE VIGOREXIA

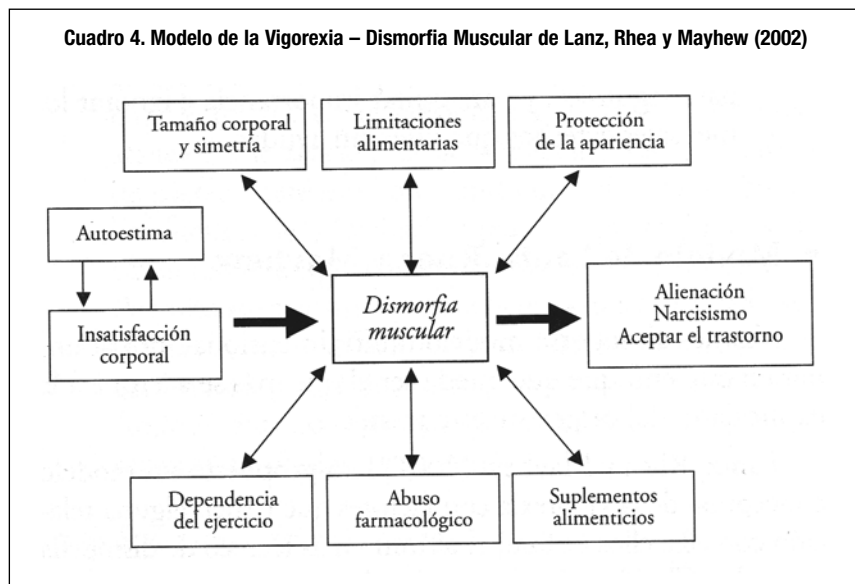
Entre los modelos revisados queremos destacar estos dos:

4.1. MODELO CONCEPTUAL DE DISMORFIA MUSCULAR (TDM).

Este modelo de dismorfia muscular (Lantz *et al.*, 2001 y Rojas Bonet, 2004) es multidimensional. Los autores proponen la clasificación de los factores implicados en la vigorexia en tres categorías (ver Cuadro 4):

1. Factores precipitantes. La autoestima y la insatisfacción corporal.

Cuadro 4. Modelo de la Vigorexia – Dismorfia Muscular de Lanz, Rhea y Mayhew (2002)



2. Características conductuales que interactúan con el trastorno siendo consecuencia negativas (objetivas) y reforzantes (subjetivas) a la vez: restricciones alimentarias, abuso farmacológico, dependencia física,... El tamaño corporal y la simetría se considera el objetivo para ellos, por esto deben realizar restricciones alimenticias, que se complementarán con los suplementos y la realización de ejercicio.

3. Consecuencias del trastorno: narcisismo y alienación.

4.2. MODELO DE BAILE

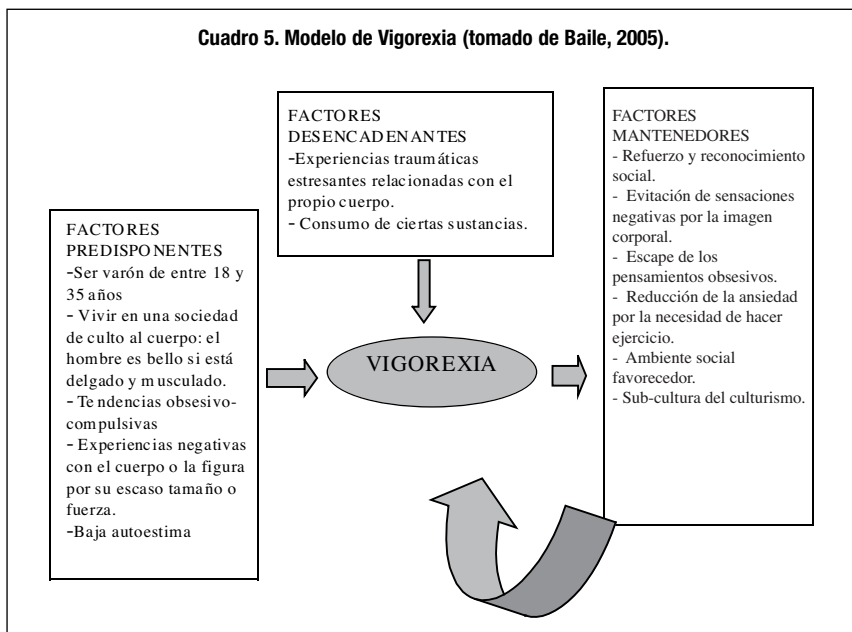
Baile (2005) Está construyendo un modelo de vigorexia. Por el momento su modelo sería así: (Ver Cuadro 5)

Se clasifican los factores etiológicos en tres grandes grupos:

- **Factores predisponentes:** factores genéticos, factores del entorno ambiental y social, experiencias previas..., que predisponen pero no causan el desarrollo del trastorno, salvo si hay un factor desencadenante.
- **Factores desencadenantes:** factores individuales y ambientales, que provocan el inicio del trastorno. Por ejemplo la baja autoestima (Olivardia *et al.*, 2004).

• **Factores mantenedores:** factores que son consecuencia del trastorno o que ocurren paralelamente y que tienen un efecto de reforzamiento sobre el mismo, provocando que se mantenga y agrave. Entre estos tenemos refuerzo y reconocimiento social, ya que cuando se comienza a hacer ejercicio esto se ve como una actividad saludable (lo que es cierta), y para los dependientes del ejercicio, todo su mundo (el gimnasio) les reconoce y felicita por lo que están logrando y el esfuerzo que están realizando. A esto es a lo que se refiere Baile con “sub-cultura del culturismo”, el mundo en el que se mueve es el gimnasio, y la mayoría de las personas con las que se relaciona persiguen objetivos parecidos a los suyos (aunque sin necesidad de que lleguen a ser vigoréxicos). De hecho el vigoréxico suele evitar el contacto social (Coles *et al* 2006). Además mediante la realización de todo el ejercicio que creen necesario, evitan la sensación de no estar haciendo lo suficiente para conseguir su meta (reforzamiento negativo), y en el gimnasio pueden estar constantemente mirándose al espejo, y viendo los cambios que están produciendo en su propio cuerpo, cambios que aunque no les parecerán lo suficientemente buenos (no hay reforzamiento positivo apreciable).

Cuadro 5. Modelo de Vigorexia (tomado de Baile, 2005).



VI. CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo inicial esclarecer un poco el concepto de vigorexia, mediante la revisión bibliográfica de los artículos relacionados con el tema para en un segundo momento realizar una investigación empírica al respecto. Para empezar no hay un término unívoco: Anorexia Inversa, Vigorexia y Complejo de Adonis son muy utilizados, si bien otros como adicción al ejercicio también lo son.

No hay tampoco una definición universalmente aceptada de vigorexia. De hecho algunos la identifican con una adicción (al ejercicio o a las marcas,...), otros a una obsesión y otros a una dismorfia muscular. Incluso algunos médicos siguen abordándolo con un trastorno de la conducta alimentaria.

Por lo que sabemos, la vigorexia implica una gran cantidad de ejercicio pero no es una simple adicción. Y ello sobre todo por dos causas:

1. El vigoréxico no busca ante todo hacer ejercicio sino aumentar su masa muscular.
2. No conlleva (o a penas) reforzamiento positivo, a diferencia de las adicciones.

La vigorexia tampoco es un TOC. Existe un componente obsesivo (al igual que en las adicciones), pero a diferencia del TOC el vigoréxico:

1. Tiene un pensamiento y una conducta poco rígidos aceptando siempre cambios que le conduzcan a su objetivo (nuevas dietas, ejercicios,...).
2. No existen rituales sin sentido sino que tienden al fin de fortalecerse.

La vigorexia no es un TCA, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, fundamentalmente porque:

1. La alteración de la alimentación, aunque puede darse no es el elemento más definitorio del trastorno,
2. La elevada cantidad de ejercicio sí lo es.

El concepto de dismorfia muscular o Trastorno Dismórfico Muscular (TDC) es el que parece más próximo. Es un TDC concreto, llamado también TDM en que el sujeto se percibe como débil, flaco o pequeño.

Por todo ello, parece que es acertado clasificar la vigorexia dentro de la dismorfia muscular, si bien como un trastorno con elementos específicos. La vigorexia no sería, pero sí compartiría elementos con: las adicciones, las obsesiones y los TCA.

No tampoco hay un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la vigorexia. Además ninguno de los modelos estudiados explica el elemento clave: **por qué el sujeto (a partir de un determinado momento y no antes) se percibe de forma errónea.** Casi todos los estudios se centran en establecer relaciones, pero no causales, con lo que la mayoría de las veces no sabemos si estamos ante causas o efectos. Es coherente pensar que si un joven es rechazado por una chica y lo achaca a su escasa musculatura tome la decisión de pasar largas horas en el gimnasio. Pero esto no explica que empiece a percibirse como menos musculoso de lo que realmente es, incluso con diferencias muy notables con la realidad.

Otra cuestión importante es que la vigorexia podría ser resultado u origen (o ambas cosas) de deterioros psicopatológicos de la personalidad. Esto está muy poco estudiado. En Argentina Rutzstein et al (2004) está iniciando un estudio en esta línea.

En definitiva sería conveniente establecer ciertas líneas de investigación. Y para empezar habría que comparar a vigoréxicos con deportistas no vigoréxicos en diversas áreas: 1.- Dismorfia muscular, 2.- Adicción al ejercicio, 3.- Obsesión por el ejercicio y 4.- Presencia de rasgos psicopatológicos de personalidad. A este fin se está desarrollando una investigación empírica, cuyos datos esperamos que ayuden a aclarar un poco estos conceptos.

VII. REFERENCIAS

- Andrés, S., Lázaro, L., Canalda, G. y Boget, T. (2002) Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo. Artículo disponible en la URL <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/107/10093/?++interactivo>
- Adams, J.; Kirby, Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión,. *Revista de toxicomanías*, 34, 10-22.
- Alonso, J. M, (2006), *La adicción al gimnasio: Vigorexia o Complejo de Adonis*. Artículo disponible en URL: http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vifgorexia.htm
- American Psychiatric Association. (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV*; 6º edición; (primera edición de esta versión, 1994) Madrid: Masson;.

- Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 71/72, 24-32.
- Arbinaga, F. y Caracuel, J. C. (2006). Perfil Socio-Deportivo de Físicoculturistas Competidores Versus no Competidores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 6(1), 7-20.
- Arbinaga, F. y Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular, *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.*, 65 (5), 7-15
- Baile, J. I. (2005). Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla. Síntesis. Madrid.
- Bonet Rojas, N. (2005). Vigorexia. El síndrome del culturista. *Protomédicos.com*. 1 (1).
- Cardona, E. y García, A., (1999). Vigorexia: La búsqueda del cuerpo perfecto, *Actas del VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*; Murcia, 19 al 22 de octubre.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (2002), *Body image: A handbook of theory, Research, and Clinical Practic.*; New York: The Guilford Press.
- Choi, P. L.; Pope, H. G. y Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 5.
- Coles M.E., Phillips, K. A., Menard W., Pagano, M. E., Fay, C. y Weisberg, R. B., (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data, *Depress Anxiety*; 23 (1); 26-33.
- De la Paz, F. (2002), Vigorexia: un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a hombres, Artículo disponible en la URL: www.cnnenespañol.com/2000/salud/09/15/vigorexia/
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2 (16), 32-40.
- Fanjul, C., (2006), *La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: Códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina*. Tesis Doctoral, Universidad Jaume I, Castellón.
- Fernández Casas, I. (2003). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y escuela. . Artículo disponible en URL: www.cfnavarra.es/webgcn/instituí/bv/actividades/ponencia.htm
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. Y Toni, C., (2004), Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Europ. Psychiatry*, 19 (5), 292-8.

- García Gómez, M. y Toledo Romero, F. (2005). Nuevas adicciones: Anorexia, bulimia y vigorexia; Conferencia en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I. Y Pope, H. G. (2006). Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid Users. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 697-707
- Lanzet, C. D., Rhea, D. J. y Cornelius, A. E. (2002). Muscle Dysmorphia in elite-level power lifters and body builders: a test of differences within a conceptual model, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16; 649-655.
- Lanzet, C. D., Rhea, D. J. y Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia, *International Sports Journal*, Winter, 71-86.
- Martell, C. A. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación, *Revista Digital de Deportes*, año 11, nº 99. Artículo disponible en URL: <http://www.efdeportes.com/>
- Méndez, R. (2002). Dopaje en el gimnasio, *El País*, 16-09-2002.
- Morgan, J. F. (2000). From Charles Atlas to Adonis complex, *Lancet*, 356 (9239): 1372-3.
- Muñoz Marrón, E y Gómez Campelo, P. (2003). Adicción al deporte y déficit de atención selectiva, *Encuentros en Psicología Social*, 1, 74-76.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Journal of Psychiatry*, 9; 254-294.
- Olivardia, R.; Pope, H. G. y Borowiecki, J. , (2004), Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms, *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.
- O.M.S. (2004). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. 2ª edición (1ª edición: 1989)., Madrid: Meditor;.
- Petrusello, S. J., Landers, D., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A. y Salazar, W. (1991), A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11 (3), 143-188.
- Pope, H. G. (2002). Adonis Complex: How to Identify, Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys. Boston: Touchstone Books.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C, Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157; 1297-1301.

- Pope, H.G. y Katz D. L. (1987). Bodybuilder's psychosis. *Lancet*, 1 (8537): 863-870
- Pope H.G., Katz D. L. y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34 (6); 406-9
- Remor, E. (2005). Dependencia ("Adicción") del ejercicio físico: ¿hecho o ficción?. *Psicología Conductual*, 13 (3). 395-404.
- Rojas Bonet, N. (2004). Anorexia, Bulimia, Vigorexia: Guía de Orientación. Alicante: Excma. Diputación de Alicante.
- Rutzstein, G.; Casquet, A.; Leonardelli, E.; López, P.; Macchi, M.; Marola, M. E. y Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista argentina de clínica psicológica*. 13(2); 119-131
- Sandoval Shaik, O. (2001). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia*. Artículo disponible en la Web de Psicocentro, URL: www.psicocentro.com
- Yaryura-Tóbias, J. A., Neziroglu, F. y Pérez Rivera, R, (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

ANÁLISIS RELACIONAL ENTRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA, AUTORREGULACIÓN Y CONSUMO DE DROGAS

José A. García del Castillo¹ y Paulo Días²

1. *Universidad Miguel Hernández de Elche (España).*

2. *Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras (Portugal).*

Recibido: 10-11-07. Aceptado: 01-12-07

RESUMEN

Este trabajo se centra en la relación existente entre los factores de protección y resiliencia, la autorregulación y el consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de 215 adolescentes de Enseñanza Secundaria de Felgueiras (Portugal). Los resultados obtenidos permiten verificar la relación existente entre el consumo de drogas y algunos factores de protección y resiliencia, pero no se encuentra una relación significativa con la autorregulación en la mayoría de los casos de consumo, a excepción del "control de impulsos", que es mayor y estadísticamente significativo en los alumnos que no consumen cocaína, crack u otros tipos de drogas. A pesar de la falta de relación significativa entre la autorregulación y el consumo de drogas, algunos indicadores permiten inferir la importancia de este concepto, que fue reforzada por la correlación encontrada entre la autorregulación y los factores de resiliencia. Podemos afirmar, por lo tanto,

Correspondencia

Paulo César Azevedo Dias.

Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras.

Rua Dr. Luís Gonzaga F. Moreira, 4610-177 Felgueiras (Portugal)

E-mail: paulo_d@sapo.pt

que la relación entre la autorregulación y el consumo están mediadas por otras variables, dada su importancia en la explicación de la resiliencia.

Palabras clave: Consumo de sustancias; factores de protección y resiliencia; autorregulación; adolescentes.

ABSTRACT

This work focuses on the relationship between protective factors and resiliency, self-regulation and the legal and illegal substance use in a group of 215 adolescents from High School (Felgueiras, Portugal) level. The results allow us to verify a relationship between substance use and some resiliency and protective factors but weren't found a meaningful relation with self-regulation in the majority of the substance use type. Excepts the "Impulse control", that favors those individuals who do not experiment cocaine, crack or other drugs. Despite the lack of relationship between self-regulation and most of substance use, some interesting tips allow us to infer the importance of this concept, which was strengthened by the moderate correlation between self-regulation and resilience factors. However, the relationship between self-regulation and consumer can be mediated by other variables, given its importance in the explanation of resilience.

Keywords: Substance use, protective factors and resiliency, self-regulation, adolescents.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, las diferentes culturas han utilizado las sustancias para diversos fines: curativos, para mejorar las relaciones sociales, como medio de comunicación con los dioses, los muertos y/o los espíritus, en la promoción de la creatividad, etc. (Castro, 2004). El alcohol ha sido, en la cultura occidental, la sustancia más comúnmente utilizada a lo largo de la historia, con fines médicos, en las comidas y especialmente en las celebraciones festivas y religiosas. No seríamos capaces de entender la historia de los pueblos occidentales sin entender el uso, muchas veces indiscriminado, de las bebidas alcohólicas (Pascual, 2004). Como señala Straus (1988) las propiedades del alcohol aparecen mencio-

nadas en el Antiguo y Nuevo Testamento más de 190 veces y aún hoy se siguen estudiando sus posibles beneficios.

En referencia al consumo de tabaco, a lo largo de gran parte del siglo XX fue socialmente aceptado como una opción personal (Jarvis, 2005), lo que ha creado la expectativa de que los fumadores utilizan el tabaco por placer, para evitar experiencias negativas o para fines sociales (OMS, 2004). Los problemas aparecen cuando la comunidad científica descubre que fumar genera dependencia, aparece asociado a diversas patologías, a problemas en el desarrollo, etc. Y de hecho, a lo largo de las últimas décadas, especialmente en las últimas tres, diversos estudios han enfatizado los efectos directos e indirectos del consumo de sustancias en problemas de salud, problemas escolares, sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas, inicio de consumos de otras drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003 *cit. in* Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García-Fernández, Hidalgo y García-López, 2007), accidentes de tráfico, suicidios y homicidios (Delgado, Bautista, Inglés, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005).

Estos efectos son todavía más inquietantes en la adolescencia y la juventud, donde se atraviesa una fase de búsqueda y desarrollo de la identidad, la independencia, la adquisición de valores personales, el alejamiento de la familia, y se desarrolla como objetivo muy potente, la aproximación a las características de su grupo de iguales (García del Castillo, 2007; Sussman, Unger y Dent, 2004). Diversos estudios han señalado que la adolescencia es el período donde se adquiere el hábito de fumar – el 80% de los fumadores adultos en los EEUU afirman que sus primeros contactos con el tabaco son antes de los 28 años (Jarvis, 2005); en España el 60,1% se iniciaron en el consumo de tabaco antes de los 18 años (PNSD, 2006) y en Portugal, el 60% de los individuos que fuman, se iniciaron antes de los 18 años (Balsa 2003). Los datos epidemiológicos nos permiten obtener indicadores que justifican la necesidad de aumentar la atención sobre el consumo de los adolescentes (Filho, 2005; Matos y Aventura Social e Saúde, 2003). La verificación de esta tesis la encontramos en el aumento de los indicadores del consumo entre 1999 y 2003, en el consumo de tabaco (pasa del 59% al 62.5%), cannabis (del 9.4% al 15.1%), otras drogas (del 5.7% al 7.4%) e inhalantes (del 3% al 8%), en cuanto al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, el número de borracheras pasa del 14.2% al 14.5% y el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas, pasa del 23.2% al 25.5% (Balsa, 2003; European School Survey Project on Alcohol

and Other Drugs, 2004). En cuanto al análisis diferencial en función del género, las diferencias desaparecen (Delgado, Bautista, Inglês, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005; Ferreira-Borges, Filho y Ramos, 2006), especialmente en el consumo de tabaco (28% entre hombres y 27.7% en las mujeres).

El consumo en función de la edad parece mantener un patrón de aumento consistente en las sustancias lícitas e ilícitas, lo que es especialmente preocupante si pensamos que los diversos estudios apuntan hacia un consumo precoz, especialmente de tabaco, como determinante para lo aumento de la probabilidad del uso y abuso (Kandel, 1992, 2002; López, García-Rodríguez, Jover y Sánchez, 2001; Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri, 2002). Podemos estimar que los jóvenes fumadores tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de consumir cannabis que los no fumadores (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal y Rasmussen, 2004).

En ese sentido este trabajo pretende centrarse en el consumo de sustancias en la adolescencia, un período de experimentación, búsqueda de experiencias y fundamental para el desarrollo físico, psicológico y social. En una primera parte presentamos modelos teóricos relevantes para comprender el consumo de sustancias, como el modelo de los factores de riesgo y protección. Además se analizan los estudios desarrollados con la resiliencia, destacando el papel de la autorregulación. En la segunda parte se presenta una investigación que tiene como objetivo verificar la relación entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de adolescentes.

2. DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN A LA AUTORREGULACIÓN

Actualmente se acepta que las primeras experiencias de consumo aparecen normalmente en los primeros años de la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias y factores evolutivos (Calleja, Señorán y González, 1996). Para intentar explicar el origen y mantenimiento del consumo, se han estudiado diversos modelos (revisión en Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003). Uno de los que orientó gran parte de las propuestas de prevención fue el modelo de los factores de riesgo y protección de Hawkins, Catalano y Miller (1992). Estos autores intentan

identificar factores que ponen a los sujetos en alto riesgo de consumo de drogas y de acuerdo con el número de factores sería posible identificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar tales comportamientos.

A pesar de la extensa difusión de este modelo y de los resultados obtenidos en numerosos estudios correlacionales, la investigación ha demostrado que la exposición a factores de riesgo, no se traduce necesariamente en comportamientos de riesgo reales. A pesar de que este enfoque ha demostrado su eficacia en áreas como la prevención de enfermedades coronarias o respiratorias, y es muy importante para la explicación y prevención de las mismas, no deja de presentar serias limitaciones (Dillon, Chivite-Matthews, Grewal, Brown, Webster, Weddell, Brown, y Smith, 2007).

Algunas de estas limitaciones se encuentran en la dificultad de distinguir cuándo los factores son realmente las causas, marcadores o solamente elementos correlacionados con las causas (Farrington, 2000); la identificación de esos factores llevó, en muchos casos, a la estigmatización de grupos de jóvenes, familias y comunidades (Constantine, Bernard y Díaz, 1999). Así mismo, no permite saber cuáles son las estrategias a implementar para reducir el riesgo (Benard, 1991) ni conocer los procesos o patrones que intervienen entre los factores de riesgo y los comportamientos de consumo, conllevando una leve probabilidad de que determinados factores de riesgo desemboquen en determinados comportamientos.

En la actualidad se fortalecen las teorías que se orientan hacia la promoción de los factores de protección y resiliencia, desviando el foco de atención de los riesgos y patologías hacia las acciones y estrategias positivas para la promoción del ajuste psicológico (Benard, 1991; Fergus y Zimmerman, 2005). En esta línea se define como objetivo prioritario la promoción de la resiliencia, que estaría determinada por la concurrencia de tres aspectos esenciales: la existencia de oportunidad para acceder a las drogas y otros factores que puedan colocar al joven en riesgo de consumo; decidir no consumir por una o más razones; y tener las competencias sociales suficientes para poner en práctica estrategias de rechazo (Dillon et al., 2007).

En una revisión reciente, Dillon y colaboradores (2007) destacan un conjunto de factores personales y del contexto, fuertemente correlacionados con el desarrollo de la resiliencia. Así, individuos resilientes parecen operacionalizar un esquema en que perciben, por ejemplo, el consumo de drogas como un riesgo para sí mismos y de esta manera evitan ese comportamiento. Al mismo tiempo establecen otros objetivos integrados

en la resiliencia e intentan fortalecer su sentido de eficacia para mantener estas decisiones en la práctica (Dillon et al., 2007). De esta manera, aparece reforzado el papel de la autorregulación, un proceso en que el individuo asume un papel activo en la construcción de su destino (Reider y de Wit, 2006) a través de la activación, monitorización, inhibición, preservación y adaptación del comportamiento, emociones y estrategias cognitivas para alcanzar los objetivos deseados (Barkley, 1997; Barkley, 2004; Díaz y Fruhauf, 1991; Novak y Clayton, 2001).

De entre las teorías sobre comportamientos de salud, una de las que tienen un merecido reconocimiento es la que estudia la autorregulación. De hecho, en una revisión de la literatura, Leventhal, Drisette e Leventhal (2003, cit in Reider y de Wit, 2006) encontraron más de 2700 publicaciones con la palabra clave "autorregulación".

Como ocurre con otros constructos, también en la autorregulación existen diferentes definiciones. En general se puede entender como un proceso que implica un esfuerzo del individuo para alterar sus estados interiores o sus comportamientos con el fin de conseguir un determinado objetivo deseado (Baumeister y Vohs, 2004). El mantenimiento de esos esfuerzos puede incluir el afrontar un conjunto de desafíos difíciles (Mischel, Cantor y Feldman, 1996 cit in Reider y de Wit, 2006). Por ello podría pensarse que la autorregulación actuaría como un índice de la resiliencia de los adolescentes, dado su potencial en el desarrollo de competencia en contextos de mayor riesgo psicosocial (Dishion, y Connell, 2006). De esa forma, pondrían ser identificadas y distinguidas tres fases: selección de objetivos; comportamientos dirigidos para ese objetivo; conseguir el objetivo y mantenerlo, y cuando sea necesario, desistir del objetivo (Reider y de Wit, 2006).

A pesar de ser un concepto aplicado con relevancia en otros contextos, como el escolar o el organizacional, su aplicación en el ámbito de la salud es más complejo, dada la discrepancia entre los objetivos de salud y los comportamientos que los individuos hacen (o no) para alcanzarlos. En ese sentido, la autorregulación entiende el comportamiento de salud como el compromiso con objetivos a largo plazo que implican el control de necesidades más inmediatas y la movilización de pensamientos, sentimientos y comportamientos (Cantor, 1990; Gollwitzer, 1996; Kuhl, 2000 cit in Reider y de Wit, 2006).

Se trata de un proceso en que el individuo es percibido como un agente activo con capacidad de construcción de su destino, a través de la toma de decisiones (Reider y de Wit, 2006). Para explicar estos procesos tene-

mos numerosas teorías, con diferentes interpretaciones sobre los mismos. Para que se puedan definir como teorías de autorregulación, Cameron y Leventhal (2003) definen dos principios básicos: 1) La autorregulación debe ser entendida como un sistema motivacional dinámico de establecimiento de objetivos, desarrollo de estrategias para alcanzarlos y revisión de esos objetivos y estrategias de acuerdo con los resultados obtenidos y 2) La autorregulación respecto del control de respuestas emocionales, señala que son percibidas como elementos cruciales del sistema motivacional, intrínsecamente relacionada con los procesos cognitivos.

Una de las primeras y más reconocidas teorías en este campo de estudio es la teoría cibernética del control (Carver y Sheier, 1998). Esta teoría defiende que los individuos viven identificando objetivos, de tal forma que para comprender a la persona hay que comprender sus objetivos (Carver y Sheier 1999). De esta manera, los individuos tenderían a actuar de una forma que los llevara a reducir la discrepancia entre su estado actual y lo que previamente habían establecido en sus objetivos, monitorizando sus progresos para alcanzarlos, de acuerdo con la situación y su personalidad (Carver, 2004).

A lo largo de la evolución teórica de este campo de estudio, ha sido estudiada su relación con distintos comportamientos de salud y riesgo. En el caso específico de la autorregulación y el consumo de drogas, algunos estudios han verificado que individuos con menor autorregulación tienden a ser consumidores habituales de alcohol (Brown, Miller, y Lewandowski, 1999), a consumir más, con mayor frecuencia y con consecuencias más negativas (Aubrey, Brown, y Miller, 1994). Parece ocurrir algo similar con el consumo de marihuana y tabaco (Brown, Baumann, Smith, y Etheridge, 1997).

Otros trabajos, por el contrario, no encuentran relación entre estas variables (Carey, Neal y Collins, 2004; Neal y Carey, 2005). De hecho, en el estudio de la relación entre los niveles de autorregulación y el consumo de sustancias, se contrastan dos hipótesis para justificar los eventuales consumos: los individuos con menores competencias de autorregulación son menos capaces de controlar sus consumos; los individuos con menores competencias de autorregulación intentan regular sus experiencias personales y sociales consumiendo alcohol (Hull y Slone, 2004). Numerosos estudios han confirmado la relación entre consumo y déficit de autocontrol, bajo control comportamental y susceptibilidad a la tentación, mientras ambientes que promueven el autocontrol (caracterizados por monitorización parental, reglas definidas claramente, recompensas

parentales adecuadas a comportamientos positivos, etc.) aparecen asociadas a un menor riesgo de uso y dependencia del alcohol. En sentido contrario, el consumo de alcohol ha sido recurrentemente asociado a motivos sociales, como estrategia de afrontamiento para soportar las emociones negativas (Hull y Slone, 2004), así como a puntuaciones bajas en resiliencia (Becoña et al., 2006).

Se clarifican, por lo tanto, algunas dudas en la definición conceptual de estas cuestiones, en especial de la población más joven. A pesar de los conocimientos adquiridos en el ámbito de los comportamientos de salud y autorregulación, la mayoría de las teorías habían sido creadas para describir y predecir procesos regulatorios y comportamientos de salud relevantes para los adultos (Gibbons, Gerrard, Reimer y Pomery, 2006). Son muy pocos los estudios que se refieren a cómo ocurren estos procesos en los adolescentes, dejando de lado cuestiones sobre cómo estos comportamientos pueden cambiar a lo largo del tiempo. Esto se puede comprobar, por ejemplo, por la falta de cualquier referencia a niños y adolescentes en el libro de Cameron y Leventhal (2003). Se vuelve así esencial aplicar los conocimientos existentes a esta población, atendiendo a sus características específicas.

En el presente estudio se pretende explorar la relación entre el consumo de drogas, los factores de protección, resiliencia y autorregulación. La mayoría de las investigaciones se orientan al ámbito de los factores de riesgo, y en menor proporción los que se dirigen hacia los factores de protección y resiliencia, y (según la revisión bibliográfica efectuada) muy pocos los que apuntan hacia la autorregulación en comportamientos de salud en Portugal. Finalmente, intentamos comprobar, de forma empírica, la relación entre la resiliencia y la autorregulación.

3. MÉTODO

3.1. MUESTRA

Para el presente estudio se seleccionó una muestra de 215 alumnos de Educación Secundaria durante el año escolar 2006/2007. La gran mayoría de los alumnos cursaba 10º año (81.9%; n=176), el 13% se encontraba en 11º año (n=28) y un 5.1% lo hacía en 12º año (n=11), con edades comprendidas entre los 14 y 20 años ($X=16.13$, $dt=1.039$) siendo un 60.8% chicas (n=129) y un 39.2% chicos (n=83).

3.2. INSTRUMENTOS

Para la evaluación de los factores de protección y resiliencia se optó por el cuestionario *Healthy Kids Resilience Assessment* (Constantine, Bernard y Díaz, 1999), que evalúa 11 factores de protección y 8 trazos de resiliencia. En la medida de los factores de protección son evaluadas las *relaciones de proximidad* con adultos en casa, en la escuela, la comunidad y con los compañeros; las *expectativas elevadas* informando consistentemente, de forma directa o indirecta, de que el sujeto se encuentra bien atendido en casa, en la escuela, en la comunidad y en el grupo de compañeros; y las *participaciones activas* y participación en actividades en las que puede contribuir de una forma activa y positiva en casa, la escuela y/o la comunidad. De entre los trazos de resiliencia, son evaluadas las competencias sociales que permiten comunicar de forma efectiva y apropiada, demostrando comprensión, flexibilidad y receptividad en situaciones sociales (*cooperación y competencias de comunicación, empatía y competencias de resolución de problemas*); autonomía y sentido de sí mismo, identidad y capacidad (*convicción personal, auto-eficacia, auto-conciencia*); sentido del significado y de los objetivos, creencia y comprensión de que su vida tiene cierta coherencia (*optimismo, objetivos y aspiraciones*). Tiene además cinco ítems experimentales sobre el sentimiento de estar solo en la escuela, la casa, o el mundo y tener amigos que provocan sentimiento de confusión de la identidad.

Para la evaluación de la autorregulación se utilizó la *Escala Reducida de Autorregulación* (Carey, Neal y Collins, 2004), un instrumento de 31 ítems concebido para la obtención de un índice total de autorregulación. Estudios posteriores sugirieron una estructura de dos factores: *Control de impulsos y Establecimiento de objetivos* (Neal y Carey, 2005). En este estudio, se optó por la estructura más específica de la definición de autorregulación.

Los instrumentos fueron acompañados por algunas cuestiones relativas a variables demográficas (género, edad, año de escolaridad y curso) y consumo de drogas legales y ilegales (tabaco, bebidas alcohólicas, drogas sintéticas, marihuana, cocaína, crack y otras drogas).

3.3. PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo con una muestra de alumnos de Enseñanza Secundaria en dos escuelas de la provincia de Felgueiras (Portugal). Des-

pués de obtener la autorización de las escuelas, se aplicaron los instrumentos a los alumnos en la clase durante el horario lectivo, en tiempos cedidos por los profesores. La aplicación fue anónima y voluntaria por parte de los sujetos. Los datos fueron codificados y analizados con el programa de tratamiento estadístico SPSS, versión 15.

4. RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados, los dividimos en tres apartados diferentes: resultados de la relación entre factores de protección y resiliencia en función del sexo y la edad; entre factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas (tabaco, alcohol y otras drogas); y relación entre factores de protección y resiliencia con la autorregulación.

4.1 FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA Y AUTORREGULACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD.

De los resultados obtenidos en la muestra, se verificó que las mujeres tienden a presentar niveles más elevados en la gran mayoría de los factores de protección y resiliencia. Encontramos diferencias significativas en los factores de protección: "Participación en casa" ($M=2.00$ en las mujeres y $M=1.81$ en los varones; $t=2.182$, $p=.030$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=2.09$ en las mujeres y $M=1.77$ en los varones; $t=2.410$, $p=.017$); "Expectativas elevadas de la comunidad" ($M=2.07$ en las mujeres y $M=1.82$ en los varones; $t=2.002$, $p=.047$); "Relaciones de cuidado con los compañeros" ($M=2.48$ en las mujeres y $M=2.18$ en los varones; $t=3.399$, $p=.001$), "Ambiente entre compañeros" ($M=2.02$ en las mujeres y $M=1.85$ en los varones; $t=2.895$, $p=.004$); y en los factores de resiliencia: "Empatía" ($M=2.27$ en las mujeres y $M=2.10$ en los varones; $t=2.360$, $p=.019$) y "Resolución de problemas" ($M=2.32$ en las mujeres y $M=2.02$ en los varones; $t=3.312$, $p=.001$).

En referencia a la relación entre edad y factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en el factor interno "Objetivos" ($M=2.08$ alumnos con 15 años; $M=2.02$ en los alumnos con 16 años; $M=1.71$ en los alumnos con 17 años; $M=1.57$ en los alumnos con 18 años; $F=3.036$, $p=.030$) y en las respuestas Setbreak (soledad, desesperanza, confusión de la identidad, frustración alta y otras emocio-

nes negativas) ($M=0.97$ alumnos con 15 años; $M=0.97$ en los alumnos con 16 años; $M=1.36$ en los alumnos con 17 años; $M=1.02$ en los alumnos con 18 años; $F=4.289$, $p=.006$). De esa forma, comprobamos que los sujetos con más edad presentan una capacidad de “Establecimiento de objetivos y aspiraciones” más baja que los más jóvenes. En sentido opuesto, los más jóvenes presentan valores más bajos significativamente en la escala con ítems Setbreak.

En cuanto a la relación entre autorregulación y género no encontramos diferencias significativas, a pesar de que los varones presentan resultados ligeramente más elevados en la puntuación total ($M=114.85$ en las mujeres y $M=114.94$ en los varones), y en las subescalas “Establecimiento de Objetivos” ($M=64.22$ en las mujeres y $M=65.35$ en los varones) y “Control de impulsos” ($M=50.63$ en las mujeres y $M=49.59$ en los varones).

Para la análisis de la autorregulación en función de la edad, fueron retirados además de los cuestionarios nulos, los grupos con pocos sujetos, como el grupo de alumnos con 14 años (0.5%; $n=1$), 19 años (2.4%; $n=5$) y 20 años (0.5%; $n=1$). De esa forma podemos hacer la comparación entre grupos con un número de sujetos paritario que posibilite el análisis estadístico. Al igual que con el género, tampoco encontramos diferencias significativas en los niveles de autorregulación en función de la edad, a pesar de que se verifica una disminución en las puntuaciones en razón inversa al aumento de la edad, en la puntuación total ($M=117.20$ alumnos con 15 años; $M=111.12$ alumnos con 18 años) y en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.35$ en los alumnos con 15 años; $M=63.18$ en los alumnos con 18 años) y “Control de Impulsos” ($M=51.85$ en los alumnos con 15, $M=47.94$ en los alumnos con 18 años).

4.2 CONSUMO DE TABACO

En el análisis de los resultados verificamos que un 70.6% de los sujetos estudiados han probado el tabaco (67.2% de las mujeres y 75.9% de los varones). De acuerdo con sus respuestas, la primera experiencia ocurrió cerca de los 13 años ($M=12.98$; $dt= 2.18$) (a pesar de que solamente un 60.5% de los alumnos respondieron a esta cuestión), teniendo la mayoría de los alumnos entre 12 y 15 años la primera vez que probaron el tabaco (16.2%; 24.6%; 16.9% y 17.7% respectivamente). En los últimos 30 días, un 75.1% no fumo ningún día, un 10.5% fumo entre 1 y 2 días y un 6.7% fumo todos los días. Los alumnos que dicen haber fumado en el último mes, lo hacen en diferentes frecuencias de consumo: menos de un ciga-

rrillo por día (6.3%), de 2 a 5 por día (5.3%), uno por día (3.9%), de 6 a 10 por día (3.4%) y 1.5% dicen consumir de 11 a 20 cigarrillos por día.

Analizando los resultados de la autorregulación en función de la experiencia anterior de consumo de tabaco, los alumnos que aseguran haber consumido más, presentan resultados ligeramente mas bajos en la puntuación total ($M=114.64$ frente a $M=115.11$), y en las subescalas "Establecimiento de Objetivos" ($X=64.45$ frente a $M=64.91$) y "Control de impulsos" ($M=50.19$ frente a $M=50.21$ en los varones). Con respecto al análisis de factores de protección y de resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en los factores "Participación activa en la escuela" ($M=1.57$ para los que probaron frente a $M=1.32$ para los que no probaron; $t=2.303$, $p=.022$) y "Objetivos" ($M=1.87$ para los que probaron frente a $M=2.16$ para los que no probaron; $t=2.533$, $p=.012$). De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se verifica que los alumnos que dicen consumir tabaco presentan una percepción de mayor participación en la escuela y menor orientación por los objetivos.

Más que estudiar si existe una relación entre el número de días que se consume y el número de cigarros por día, se intentó estudiar si existe una correlación entre los factores de protección y resiliencia y los niveles de autorregulación de los alumnos que nunca han fumado, los que han probado el tabaco pero no fumaron en los últimos 30 días y los que han probado el tabaco y fumaron en los últimos 30 días.

En los factores de protección y de resiliencia fue posible encontrar relaciones significativas en los factores: "Participación activa en la escuela" ($M=1.32$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.65$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.40$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.479$, $p=.012$); "Ambiente en la escuela" ($M=1.52$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.73$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.53$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.030$, $p=.050$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.49$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=1.64$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.38$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.250$, $p=.016$) y "Ambiente entre los compañeros" ($M=1.87$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.05$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.84$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=5.382$, $p=.005$). En cuanto a la resiliencia, encontramos diferencias significativas en los factores "Cooperación y comunicación" ($M=2.08$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.13$ entre

los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.89$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.075$, $p=.048$) y Setbreak ($M=0.93$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.14$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=0.94$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.200$, $p=.043$). Comprobamos que los resultados favorecen a los alumnos que probaron pero no fumaron en el último mes. Además, se verifica una diferencia significativa en el factor "Objetivos" ($M=2.16$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.92$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.71$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.134$, $p=.017$), apreciándose resultados más favorables los alumnos que nunca han fumado en relación a los restantes.

4.3. CONSUMO DE ALCOHOL

En referencia al consumo de alcohol, los resultados indican que un 86.5% ($n = 186$) han consumido alcohol alguna vez (86% de las mujeres y 88% de los varones). Probaron el alcohol antes de los 13 años ($M= 12.83$, $dt= 2.198$) (teniendo en cuenta que únicamente el 53.5% de los alumnos contestan a este ítem). La mayoría de los alumnos de la muestra probaron por primera vez entre los 11 y 15 años (12.2%; 11.3%; 20.9%, 17.4% y 19.1%, respectivamente).

En el análisis bivariado, considerando la relación entre experiencia de consumo y autorregulación no aparecen diferencias significativas, a pesar de que los alumnos que han probado el alcohol puntúan más bajo en los niveles de autorregulación, y no así en el total de la escala ($M=114.61$ frente a $M=116.41$). Lo mismo ocurre en las subescalas "Establecimiento de objetivos" ($M=64.45$ frente a $M=65.17$) y "Control de impulsos" ($M=50.07$ frente a $M=51.24$). En la análisis de los factores de protección y resiliencia, verificamos diferencias estadísticamente significativas en el factor "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=2.00$ en los individuos que prueban y $M=1.62$ entre los que nunca prueban; $t=-2.046$, $p=.042$) y "Ambiente en la comunidad" ($M=1.89$ en los individuos que prueban y $X=1.59$ en los que nunca prueban; $t=-2.040$, $p=.043$); y en el factor de resiliencia "Empatía" ($M=2.23$ en los individuos que prueban frente a $M=1.98$ en los que nunca prueban; $t=-2.730$, $p=.009$) siendo más consistente las puntuaciones en los alumnos que prueban el alcohol.

En el consumo en los últimos 30 días, un 52.3% ($n = 112$) de los alumnos de la muestra dice haber consumido y un 8.9% ($n = 19$) dice haber

consumido durante este tiempo cinco o más bebidas alcohólicas en pocas horas, lo que puede ser indicativo de consumo abusivo. No apreciamos diferencias significativas en la escala de autorregulación, a pesar de que aparecen puntuaciones más elevadas entre alumnos que aseguran no haber consumido nada en los últimos 30 días, tanto en la puntuación total ($M=115.79$ de los que no consumieron frente a $M=113.94$ de los que consumieron en los últimos 30 días) como en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.04$ de los que no consumieron frente a $M=64.23$ de los que consumieron en los últimos 30 días) y “Control de impulsos” ($M=50.76$ de los que no consumieron frente a $M=49.71$ de los que consumieron en los últimos 30 días). Encontramos diferencias significativas en el factor “Ambiente en la comunidad” ($M=1.94$ en los que han probado y $M=1.75$ entre los que nunca han consumido; $t=-1.983$, $p=.049$) favoreciendo a los individuos que afirman haber consumido en los últimos 30 días.

En referencia al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en pocas horas, señalado por un 8.9% ($n=19$), encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en los factores de protección “Participación activa en casa” ($M=1.60$ de los individuos que consumen frente a $M=1.95$ entre los que dicen no haber consumido; $t=2.340$, $p=.020$) y en las “Expectativas elevadas de los compañeros” ($M=1.32$ de los que consumen frente a $M=1.55$ entre los que no consumen; $t=1.992$, $p=.048$), favoreciendo a los alumnos que no consumen. No encontramos relación significativa con los niveles de autorregulación, a pesar de que los alumnos que dicen haber consumido 5 o más bebidas registran puntuaciones totales más bajas ($M=109.84$ para los individuos que consumen frente a $M=115.44$ entre los que no consumen). Algo similar ocurre en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=61.79$ frente a $M=65.01$) y “Control de impulsos” ($M=48.05$ frente a $M=50.43$).

En un tercer análisis, que nos parece todavía más pertinente, se intenta analizar la relación entre consumo de bebidas alcohólicas, factores de protección y resiliencia y autorregulación. Como en análisis anteriores no encontramos diferencias significativas en la relación con los niveles de autorregulación. Sin embargo, parece verificarse que los alumnos que nunca han bebido presentan puntuaciones más altas (116.61), seguidos de los que han probado el alcohol pero no han bebido en el último mes (115.45) y las puntuaciones más bajas son obtenidas por los sujetos que han probado y beben en el último mes más cinco o más bebidas (108.83).

Por lo que respecta a los factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas únicamente en el factor "Participación activa en casa" ($M=1.84$ para los individuos que nunca beben, $M=2.03$ para los que han bebido alguna vez, pero no en el último mes, $M=1.93$ para los que han bebido en el último mes y $M=1.57$ para los que han bebido en el último mes 5 o más bebidas en pocas horas; $F=2.651$, $p=.050$).

4.4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Según los datos recogidos fue posible verificar que un 15.3% ($n = 33$) de los alumnos ha consumido comprimidos u otros medicamentos sin prescripción médica (un 17.8% de las mujeres y un 12% de los varones). Aunque no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de autorregulación, nos parece interesante resaltar que los niveles de autorregulación son más elevados en los sujetos que no consumen comprimidos ($M=115.10$ frente a $M=113.48$).

En la relación entre consumo de comprimidos y factores de protección, encontramos diferencias significativas en los factores: "Expectativas elevadas en la escuela" ($M=1.69$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.95$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.343$, $p=.023$); "Participación activa en casa" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.14$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.152$, $p=.033$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.36$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.661$, $p=.001$); "Expectativas elevadas en la comunidad" ($M=1.90$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.34$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.652$, $p=.001$); "Ambiente en la comunidad" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.228$, $p=.002$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.51$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.70$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-1.975$, $p=.050$); "Ambiente entre Compañeros" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.384$, $p=.002$) y el total de factores de protección ($M=1.86$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.05$ para los que han consumido compri-

midos sin prescripción médica; $t=-2.386$, $p=.018$) y el trazo de resiliencia “Resolución de problemas” ($M=2.13$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.56$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.431$, $p=.001$) favoreciendo a los sujetos que consumen comprimidos sin prescripción médica. En cuanto a los factores de protección y resiliencia se verifica, en general, puntuaciones más elevadas en los individuos que consumen comprimidos, es decir, los sujetos que consumen parecen presentar menores niveles de autorregulación pero mayor percepción de los factores de protección y resiliencia, especialmente en los que encontramos diferencias significativas.

4.5. CONSUMO DE MARIHUANA

De acuerdo con los datos obtenidos fue posible verificar que un 6% ($n = 13$) de los alumnos consumió marihuana (el 2% de las mujeres y el 12% de los varones). En este caso también encontramos diferencias estadísticamente significativas, pero únicamente en el factor “Expectativas elevadas de los compañeros”, con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=1.56$ de los individuos que no consumen frente a $M=1.26$ para los que consumen marihuana, para $t=2.086$, $p=.038$). En la escala de autorregulación encontramos puntuaciones más elevadas en los individuos que dicen no consumir marihuana pero sin que las diferencias fuesen significativas en la puntuación total ($M=115.06$ frente a $M=111.62$), sucediendo lo mismo en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=64.66$ frente a $M=64.15$) y “Control de impulsos” ($M=50.40$ frente a $M=47.46$).

4.6 CONSUMO DE COCAÍNA, CRACK Y OTRAS DROGAS

En el estudio pudimos verificar que el 7.4% ($n = 16$) de los alumnos asegura haber consumido cocaína, crack u otras drogas (el 3.1% de las mujeres y el 14.5% de los varones). Encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en la subescala “Control de impulsos”, con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=50.55$ frente a $M=46.13$ de los que dicen consumir; $t=2.026$, $p=.044$), es decir, los alumnos que aseguran no consumir cocaína, crack u otros tipos de drogas manifiestan mayor control de impulsos. También en las puntuaciones totales de la escala de autorregulación son más elevadas en el grupo de alumnos que dice no consumir, pero sin que aparezcan diferencias esta-

dísticamente significativas ni en la puntuación total ($M=115.10$ frente a $M=111.81$), ni en la subescala “Establecimiento de objetivos” ($M=64.54$ frente a $M=65.69$).

4.7. RELACIÓN ENTRE FACTORES DE PROTECCIÓN Y RESILIENCIA, Y AUTORREGULACIÓN

Recurriendo al Test de Correlación de Spearman, intentamos comprobar la relación entre los factores de protección y resiliencia y los de autorregulación. De los resultados (Cuadro 1, 2 y 3), fue posible verificar una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala de autorregulación y sus subescalas, y los factores de protección en casa (“Relaciones de cuidado”, “Altas expectativas” y “Participación significativa”), y “Altas expectativas de la comunidad”, pero con correlaciones bajas. En referencia a la relación con los factores internos de resiliencia, la correlación es también significativa y más elevada. Es especialmente potente la relación entre autorregulación y los factores de resiliencia “Auto-estima”, “Resolución de problemas”, “Auto-conciencia” y “Recursos internos”. En sentido negativo encontramos una correlación significativa entre los ítems Setbreak y los niveles de autorregulación. Es decir, cuanto mayor es la autorregulación, menor es el sentimiento de soledad y desesperanza.

Cuadro 1. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la escuela y la comunidad (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

	RSE	AEE	PSE	AE	RSC	AEC	PSC	AC
SSRQ Total	<i>r</i>	,102	,097	,038	,093	,309**	,212**	,238**
Total	<i>p</i>	,137	,155	,583	,175	,000	,002	,000
Objetivos	<i>r</i>	,156*	,152*	,085	,151*	,283**	,235**	,223**
	<i>p</i>	,022	,026	,212	,027	,000	,001	,001
Control	<i>r</i>	,034	,045	,004	,035	,266**	,143*	,232**
	<i>p</i>	,625	,511	,952	,608	,000	,036	,001

Cuadro 2. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la comunidad, con los compañeros y total (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

		RCCom	AECCom	PSCom	ACom	RSP	AEP	AP	FP
SSRQ Total	<i>r</i>	,129	,217**	,048	,171*	,139*	-,095	,044	,195**
	<i>p</i>	,059	,001	,480	,012	,041	,166	,523	,004
Objetivos	<i>r</i>	,180**	,274**	,073	,222**	,197**	-,024	,112	,241**
	<i>p</i>	,008	,000	,285	,001	,004	,728	,101	,000
Control	<i>r</i>	,069	,136*	,038	,110	,085	-,107	,007	,138*
	<i>p</i>	,313	,047	,583	,108	,212	,118	,913	,044

Cuadro 3. Correlación entre autorregulación y factores de internos de resiliencia y ítems *Setbreak* (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05).

		CC	AE	E	RP	AC	O	RI	IF
SSRQ Total	<i>r</i>	,277**	,391**	,209**	,306**	,406**	,287**	,446**	-,310**
	<i>p</i>	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000
Objetivos	<i>r</i>	,325**	,450**	,305**	,346**	,436**	,287**	,499**	-,195**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004
Control	<i>r</i>	,198**	,288**	,096	,221**	,299**	,222**	,324**	-,334**
	<i>p</i>	,004	,000	,161	,001	,000	,001	,000	,000

5. DISCUSIÓN

Con este trabajo pretendemos comprender la relación entre los factores de protección, resiliencia y autorregulación. De hecho, a lo largo de las últimas décadas diversos estudios han apuntado la importancia del estudio de los factores de protección y más recientemente sobre la resiliencia, en la que la autorregulación parece tener un papel central.

Aunque la selección de la muestra no fue aleatoria ni cubre objetivos de representatividad de la población portuguesa, concuerda con las tasas de consumo de otros estudios epidemiológicos más representativos (e.g. en lo European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). En la muestra estudiada se verifica la existencia de un consumo más elevado

de sustancias legales (el 70.6% de nuestra muestra frente al 62.5% de la población portuguesa, ha consumido tabaco; el 86.5% en nuestra muestra frente al 78% en la población portuguesa, ha consumido alcohol; el consumo de medicamentos sin prescripción médica vemos que está en torno al 15.3%, siendo en la población portuguesa una tasa de consumo de ansiolíticos o tranquilizantes sin prescripción médica mucho más baja, en concreto del 5%) y menor consumo de sustancias ilegales (el 6% de los alumnos dicen consumir marihuana, frente al 15.1% en la población portuguesa; el 7.4% ha consumido cocaína, crack u otras drogas frente al 7.4% de otras drogas y 8% de inhalantes, en población portuguesa). Estos datos pueden reflejar características de la muestra, cuyos orígenes culturales e históricos favorecen un contacto más próximo con el consumo de alcohol y tabaco. Por otro parte, una menor exposición y acceso a drogas ilícitas pueden justificar el menor consumo de sustancias ilegales. Estos resultados parecen confirmarse por la relación encontrada entre los factores de protección con el no consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

Por lo que respecta a los resultados relativos a la autorregulación permitieron, de una forma general, encontrar relaciones significativas entre algunos factores de protección y resiliencia y el consumo de sustancias. A pesar de que se verifican tendencias positivas, que apuntan hacia la importancia de la autorregulación en la explicación del consumo, no fue posible encontrar en nuestra muestra relaciones significativas, lo que no permite considerar este concepto como determinante en la explicación del consumo. Comparando con los trabajos de Fergus y Zimmerman (2005), podemos confirmar la existencia de una potente relación significativa entre la autorregulación y los factores de protección y resiliencia, lo que presupone la dependencia entre estas variables. Como sugiere la literatura, la relación es especialmente potente con los recursos internos de resiliencia, principalmente con el "Establecimiento de objetivos". Encontramos una correlación significativa, en sentido negativo, entre los ítems Setbreak y las puntuaciones en autorregulación, lo que se puede interpretar, que cuanto mayor es la autorregulación menor es el sentimiento de soledad y desesperanza. Sin embargo, la falta de correlación con los consumos de sustancias nos permite plantear la hipótesis de la existencia de factores mediadores que puedan facilitar una mejor comprensión de esta relación. De hecho, estas indicaciones nos alinean con los resultados obtenidos por Carey, Neal, Collins (2004) y Neal y Carey (2005) que se orientan más hacia la capacidad que tendría la autorregu-

lación como moderadora de las situaciones en que los sujetos pueden consumir más y no tanto la cantidad de consumos. Pero, no dejan de ser contrarios a un conjunto importante de estudios que apunta hacia una relación entre estos constructos.

Tendríamos que subrayar algunas limitaciones ante estos datos. El hecho de haber realizado el trabajo al final del año lectivo, puede tener impacto en la ejecución de los sujetos en la respuesta a los cuestionarios, agravado por el reducido número de sujetos de la muestra, que disminuye el poder de generalización de los resultados. La relación entre resiliencia y autorregulación frente a la falta de relación entre autorregulación y consumo, nos hace pensar en la hipótesis de la existencia de variables mediadoras o, como apuntan Gibbons y colaboradores (2006), la necesidad de adaptar la evaluación de la autorregulación a las características específicas de estas edades.

Para subsanar estas dificultades, sería necesario que otros estudios utilizaran instrumentos de evaluación más ajustados a las características específicas de estas edades, junto con una muestra mayor y más representativa. De esa forma sería posible obtener resultados más pertinentes para la comprensión y/o explicación de los diferentes padrones de consumo de sustancias y, de esta forma, poder delimitar estrategias para su prevención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubrey, L. L., Brown, J. M., y Miller, W. R. (1994). Psychometric properties of a self-regulation questionnaire. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 18, 429.
- Balsa, C. (2003). *Inquérito nacional de saúde ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2001*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and self-regulation. In R. F. Baumeister y K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 301-323). New York: Guilford.
- Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford.
- Becoña, E., Minguez, M.C., López, A., Vázquez, M.J. y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Revista Salud y Drogas*, Vol. 6, 1, 89-111.
- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and Development
- Brown, J. M., Baumann, B. D., Smith, C. D., y Etheridge, S. L. (1997). *Self-regulation, extroversion, and substance abuse among college students*. Paper presented at the Research Society on Alcoholism, San Francisco.
- Brown, J. M., Miller, W. R., y Lawendowski, L. A. (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In L. VandeCreek y T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 17, pp. 281-292). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Calleja, F. G., Señorán, M.M., y González, S.G., (1996). Consumo de drogas en la adolescência. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- Cameron, L. D. y Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.
- Carey, K.B., Neal, D.J., Collins, S.E., (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive Behaviors*, 29, 253-260.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1999). Themes and issues in the self-regulation of behavior. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. 12, pp. 1-105). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Castro, M.I. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10 (3), 49-56.
- Constantine, N.A., Benard, B., y Díaz, M. (1999). Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans*. Disponible online in <http://crahd.phi.org/papers/HKRA-99.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Costa, N.F., y Marques, R. (2002). Representações mentais de sustancias psicoativas. *Revista Toxicodependências*, 8 (1), 3-12.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., y Rasmussen, V.B. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Geneva: World Health Organization.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglês, C.J., Espada, J.P., Torregrosa, M.S., y García-Fernández, J.M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 5 (2), 55-66.
- Díaz, R., y Fruhauf, G. (1991). The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours. In N. Heather, W. Miller, y J. Greely (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney: Maxwell Macnillan.
- Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., y Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office. Disponible online em <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Dishion, T. J., y Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. In B. M. Lester, A. Masten y B. McEwen (Eds.), *Resilience in children* (pp. 125-138). Boston: New York Academy of Sciences.
- Espada, J.P., Griffin, K.W., Botvin G.J., y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Farrington, D.P. (2000). Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge. *Criminology*, 38 (1), 1-24.

- Fergus, S. y -Zimmerman-, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferreira-Borges, C., Filho, H.C., y Ramos, P.P. (2006). Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.o e 3.o ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. *Revista toxicodependências*, 24 (2), 41-54.
- Filho, H.C., (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 77-88.
- García del Castillo, J.A. (2007). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF (4ª Edición).
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Reimer, R.A., y Pomery, E.A. (2006). Unintentional behavior: A subrational approach to health risk. In D. Ridder y J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in Health Behavior* (pp. 45-70). Chichester: John Wiley y Sons.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hull, J.G., y Slone, L.B. (2004). Self-regulatory failure and alcohol use. In R.F. Baumeister y K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 466-491.). New York: Guilford Press.
- Inglês, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., y García-Lopez, L.J., (2007). Factores psicosociales relacionados com el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *British Journal of Medicine*, 328, 277-279.
- Kandel, D. (2003). *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis*. New York: Cambridge.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence to the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5) 447-457.
- López, C; García-Rodríguez, J.A., Jover, M.C., y Sánchez, C. (2001). *Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Alicante: INID.
- Matos, M., y Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Medina-Mora, M.E., Peña-Corona, M.P., Cravioto, P., Villatoro, J., y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44 (5), 109-115.

- Neal, D.J., y Carey, K.B. (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (4), 414-422.
- Novak, S. P., y Clayton, R. R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking. *Health Psychology*, 20, 196-207.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Pascual, F. (2004). *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia: Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ridder, D., y de Wit, J. (Eds.) (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*. Chichester: Wiley.
- Straus R. (1988). Interdisciplinary biobehavioral research on alcohol problems: a concept whose time has come. *Drugs and Society*, 2(4), 33-48.
- Sussman, S., Unger, J.B., y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.