

T/322

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS.

SECCION DE PSICOLOGIA.

"APLICACION DE LA TERAPIA DE MODELADO EN LA PREVENCION  
DEL INICIO AL CONSUMO DE LA DROGA".

R.4.20.777

Tesis Doctoral presentada por:

DIEGO MACIA ANTON

Dirigida por:

Dra.D<sup>a</sup> R.Fernández Ballesteros.

Catedrático de Psicodiagnóstico.

Madrid, Noviembre de 1982

**UAM**  
UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE MADRID  
BIBLIOTECA DE  
PSICOLOGIA

## RECONOCIMIENTOS

La realización de la presente Tesis Doctoral ha contado, desde el principio, con el apoyo y el consejo de muchas personas.

Mi agradecimiento ante todo a la Catedrático Dra. R.Fernández Ballesteros, directora de la Tesis y constante colaboradora en la realización de la misma.

A la Profesora Dra.A.Macià Antón por su apoyo e inapreciable colaboración.

A mis amigos y compañeros Xavier Méndez y Jose Antonio Rodríguez, por su constante colaboración, ayuda y consejos.

Al Profesor Dr. José M<sup>a</sup> Martínez Selva por sus acertados comentarios.

Y a mis amigas y compañeras, Teresa Ferrández, Antonia Díez y Mari Carmen López por su apoyo incondicional y paciencia.

## I N D I C E.

INTRODUCCION GENERAL.....	5
---------------------------	---

### Primera Parte.

I. Juventud y drogodependencia.....	29
I.1. Conceptos básicos y clasificaciones..	30
I.1.1. Cocepto de droga.....	31
I.1.2. Clasificación.....	46
I.2. El consumo de drogas. Incidencia.....	52
I.3. Causas del inicio, consumo y abuso de las drogas.....	65
I.4. Prevención.....	82
II. El Aprendizaje Observacional.....	94
II.1. Introducción.....	95
II.2. Teorías y paradigmas de la imitación..	110
II.3. El Aprendizaje Observacional desde la perspectiva del Aprendizaje So- cial.....	124
II.4. Aplicación de los principios del Aprendizaje Observacional a la Te- rapia de Comportamiento.....	134

II.4.1. Adquisición de nuevas pautas de conducta por medio del <u>mo</u> delado.....	141
II.4.2. Facilitación de conductas ya existentes en el sujeto.....	146
II.4.3. Efectos inhibitorios y de- sinh inhibitorios de los proce- dimientos de modelado sobre la conducta del observador...	153

Segunda Parte.

I. Introducción.....	160
II. Hipótesis de trabajo.....	169
III. Método.....	172
III.1. Centro donde se hizo la investigación.	173
III.2. Sujetos.....	175
III.3. Pruebas utilizadas.....	178
III.4. Procedimiento.....	213
IV. Resultados.....	222
V. Discusión.....	252
VI. Conclusiones.....	262
Bibliografía.....	270

## I. INTRODUCCION GENERAL.

En nuestro trabajo, pretendemos desarrollar un método preventivo del inicio al consumo de la droga, por medio del aprendizaje observacional, destinado a adolescentes, grupo de la población particularmente expuesto a la farmacodependencia.

Tal como reconoce la O.M.S., la necesidad de la acción preventiva se ha acentuado en los últimos años a causa de la activa propaganda realizada por diversos medios en favor de las drogas ilegales, y las insuficientes medidas adoptadas con respecto a las ya legales.

Desde la prehistoria el hombre ha utilizado diversas sustancias para de esta forma disminuir el dolor físico o alterar su estado de conciencia. En casi todas las culturas se ha utilizado algún tóxico que afectase al Sistema Nervioso Central para aliviar la angustia física y moral. Pero el uso de la droga quedaba por lo general limitado a personas que habían alcanzado la madurez o a situaciones muy particulares (fines místico-religiosos). Su uso estaba controlado en cuanto al tipo de droga, las circunstancias del uso y la cantidad empleada.

En la actualidad el fenómeno de las drogas se presenta con otras características que lo hacen más preocupante. Para KRAMER Y CAMERON (1975) en la actualidad la inquietud y preocupación que se produce ante el fenómeno de la droga puede deberse principalmente a:

- 1.- El aumento del número de personas que consumen drogas desaprobadas por la sociedad.
- 2.- Su utilización por los jóvenes.
- 3.- El consumo de drogas poco conocidas fuera de las regiones en donde su consumo era tradicional y empleo de otras nuevas (L.S.D. y las de tipo anfetamínico)
- 4.- La utilización de la droga en todas las clases sociales.

El consumo de drogas, legales o ilegales en nuestro país es un tema en torno al cual existe una gran preocupación social, totalmente justificada a la luz de las encuestas y de los datos que se disponen en la actualidad sobre el consumo de estas sustancias.

El abuso de las drogas representa un problema grave porque puede producir alteraciones de la salud (problemas físicos, psicológicos y sociales) y, a veces, la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (1975) reclama la necesidad de técnicas avanzadas para influir en principalmente en los grupos de población particularmente "expuestos" a la farmacodependencia (v.g., adolescentes, etc.). Para la O.M.S. junto a medidas legales y sociales, las medidas educativas son la base de la labor preventiva. Medidas educativas que deben tener como objetivo un cambio en las actitudes hacia las drogas y su consumo.

Parecido planteamiento es el realizado por la Dirección General de Salud Pública (1981) al afirmar que las medidas educativas deben dirigirse a hacer cambiar las actitudes de la comunidad, no sólo hacia el uso de drogas capaces de crear dependencia, sino hacia el uso de toda clase de drogas.

De las experiencias educativas puestas en práctica hasta el momento, se desprende que la información no protege por sí misma. Si bien se considera que una información objetiva sobre los efectos y circunstancias del consumo de drogas es indispensable para satisfacer la considerable demanda de datos de este tipo y evitar la difusión de datos inexactos o incluso falsos.



Son muchas las definiciones que se han dado sobre la actitud, dado que ha sido uno de los temas clave de investigación en la Psicología Social, una definición comunmente aceptada es la de ALLPORT (1968) que afirma que : "La actitud connota un estado neuropsíquico de disposición para la actividad mental y física" (pág. 60).

Para TRIANDIS (1974) una definición que incluye muchas de las ideas principales usadas por los teóricos en actitudes, sería la siguiente: "Una actitud es una idea cargada de emotividad que predispone una clase de acciones a una clase particular de situaciones sociales" (pág.2 y 3).

LAMBERTH (1982) la define como: "Una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene componentes o consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales".(pág. 217).

Por último citaremos a JIMENEZ BURILLO (1981) quien tras una revisión de las diferentes definiciones, concluye que en estas aparecen puestos de relieve los esenciales componentes de las actitudes, tra-

tandose pues de: "una pre-disposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación, y que incluye dimensiones cognitivas, afectivas o evaluativas y, eventualmente, propiamente conductuales" (pág. 11).

Estas definiciones sugieren la existencia de tres componentes ( TRIANDIS, 1974; FISHBEIN Y AJZEN, 1975; LAMBERTH, 1982):

- 1.- El componente cognitivo: se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que la persona tiene hacia el objeto de actitud. Opiniones tales como: "los gitanos son...", "los automóviles tienen..." formarían parte de este componente.
- 2.- El componente afectivo: alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de actitud. Es la emotividad que impregna la idea. Si una persona "se siente bien" o "se siente mal" cuando piensa sobre una categoría, podremos afirmar que tiene sentimientos positivos o negativos hacia los componentes de esa categoría. El elemento afectivo controla el nivel de agrado o desagrado de la persona con respecto al objeto.

3.- El componente de comportamiento: cubre tanto las intenciones de conducta como sus acciones respecto al objeto de actitud.

Un aspecto muy polémico en la Psicología Social y de especial interés para nuestra investigación es el de la relación entre actitud y comportamiento. ¿Hasta que punto es posible predecir la conducta de un individuo conociendo sus actitudes? y lo más importante: ¿Hasta que punto podemos influir en el comportamiento de una persona cambiando sus actitudes?.

Existen definiciones de actitud, por ejemplo la de KATZ Y STOTLAND (1959): "una actitud es una tendencia o disposición a evaluar un objeto o el símbolo de ese objeto de una determinada manera" (pág. 428) en las que sobresale la naturaleza evaluativa de la actitud, y no implica ninguna conducta manifiesta. Como señala INSKO (1967) "las definiciones más recientes se centran sobre la tendencia afectiva a evaluar favorable o desfavorablemente los objetos, y descartar completamente la idea de que esté implicado algún tipo de conducta manifiesta. Las

definiciones actuales siguen, en su mayoría, este ejemplo, considerando la dimensión evaluativa como la única dimensión definitoria de las actitudes" (pág. 2).

Para TRIANDIS (1974) las actitudes implican lo que la gente piensa de, siente respecto a, y cómo les gustaría comportarse respecto a un objeto de actitud, pero el comportamiento no está sólo determinado por lo que a la gente le gustaría hacer, sino también por lo que cree han hecho generalmente, o sea, costumbre y por las consecuencias que se esperan del comportamiento.

AZJEN Y FISHBEIN (1977) han señalado dos grandes períodos en el tratamiento de esta cuestión: hasta hace poco, afirman, y desde los últimos cuarenta años, se ha venido acumulando una creciente evidencia acerca de la baja o nula correlación existente entre actitudes y acciones; actualmente, el problema se ha complicado extraordinariamente, en el sentido en que el planteamiento considera que la actitud es una más entre un complejo de variables de personalidad, situacionales, etc., que deben ser tomadas en cuenta a la hora de analizar la cuestión.

ALVIRA (1977) en un trabajo realizado sobre la relación entre actitudes y conducta señala que en el estudio de la consistencia actitud/acto habría que complicar la aparente simplicidad de la relación objeto de investigación. Este aumento de la complejidad tendría lugar tanto sustantiva como metodológicamente. En primer lugar, los problemas de medición deben resolverse (validez, fiabilidad y adecuación matemático-teórica de las escalas) al encararse con el problema. Por otra parte, en el lado de la actitud habría que incluir creencias, valores y otras actitudes relacionadas con la actitud que interesa; en el lado del acto habría que hablar de actos en una pluralidad espacio-temporal. Así, la consistencia se daría entre el sistema estructural cognoscitivo del individuo y los actos del individuo, pero no cualquier acto, sino el conjunto general de los actos relacionados teóricamente con el criterio de la actitud.

Concluye ALVIRA que la actitud no es una entidad que pueda ser separada del flujo de la acción, sino que es una parte integral de ella. Actitudes y acción están ligadas en un proceso continuo y recíproco, generándose mutuamente sin solución de continuidad.

LAMBERTH (1982) hace un paralelismo entre actitud/conducta y rasgo/conducta. "Si sustituimos el término actitud por el de rasgo, podemos decir que en la psicología social de hoy se da una situación fundamentalmente semejante a la que existe en psicología de la personalidad" (pág. 225). De este modo deja entrever que la no resuelta cuestión entre actitud/conducta puede tener una solución parecida a lo ocurrido con los rasgos como predictores del comportamiento.

En Psicología de la personalidad y evaluación psicológica esta cuestión ha ocupado mucho tiempo e investigaciones, nos referimos a la consistencia versus especificidad del comportamiento. Es decir, si la conducta es estable a través de distintas ocasiones, o bien es inconsistente, lo cual supondría que presenta especificidad situacional.

Para los teóricos de los rasgos y la evaluación tradicional, la conducta es estable y esa estabilidad está producida por la existencia de rasgos o dimensiones. Y en el otro extremo, los psicólogos del aprendizaje, sostuvieron que la conducta había de ser explicada en función de la situación,

y por tanto mantenían que la conducta dependía de la situación.

Como señala FERNANDEZ BALLESTEROS Y CARROBLES (1981) los trabajos llevados a cabo desde ambas perspectivas, dieron como resultado lo que desde un principio debería haber sido evidente: que el comportamiento no puede ser explicado sin tener en cuenta tanto variables orgánsmicas como variables de la situación, así como, y aún en mayor medida, la interacción entre ambos grupos de variables. De este modo la solución al problema viene dada por el interaccionismo, que es la perspectiva del aprendizaje social cognitivo (LAMBERTH, RAPPAPORT Y RAPPAPORT, 1978) y adoptada por la Evaluación Conductual (FERNANDEZ BALLESTEROS Y CARROBLES, 1981).

Así para LAMBERTH (1982), puede que se necesite una mayor precisión en la determinación de las actitudes y del modo como afectan a la conducta en determinadas ocasiones, una vez demostrado que los determinantes situacionales de la conducta son mucho más fuertes que lo que anteriormente se suponía. De este modo, aunque uno pueda creer en ciertos ideales (tener ciertas actitudes), puede no expresarlos o no

comportarse de acuerdo con ellos en situaciones concretas.

A nivel práctico nosotros hemos intentado resolver esta cuestión aceptando dos elementos en el componente conductual de la actitud (JIMENEZ BURILLO, 1981), por una parte, intenciones; por otra, acciones abiertas o conducta. De este modo a la hora de confeccionar las escalas de medida se han introducido ítems de intenciones y de hábitos de comportamiento. Y lo que es más importante, reconociendo la importancia de las variables situacionales y otras variables orgánicas, al diseñar nuestra acción preventiva observamos la necesidad que existía para producir el cambio en el comportamiento de actuar sobre el comportamiento directamente, realizando el aprendizaje de determinadas habilidades sociales y autorregulación que le permiten analizar las condiciones externas e internas del estímulo, las contingencias ambientales; sólo de este modo, en el futuro pueden ser neutralizadas algunas variables situacionales u orgánicas.



En nuestro trabajo, uno de los objetivos era comprobar en qué medida la aplicación de un programa educativo puede provocar un cambio en la actitud hacia la droga y su consumo. (Grupo I. Programa educativo)

En este grupo, se daba una información que tenía por objetivo:

- a.- Suministrar unos conocimientos sobre las distintas drogas y sus efectos.
- b.- Poner al alcance de los jóvenes los conocimientos que se poseen sobre las causas de iniciación y circunstancias de consumo.

Pero no se trataba de proporcionar sólo conocimientos, sino también valores, creencias y actitudes que se opusiesen al abuso de las drogas. Se proponían a los jóvenes soluciones alternativas capaces de responder a sus necesidades y aspiraciones.

Se trata de un grupo educativo en la que la información no se concibe como la mera transmisión de conocimientos, o no se limita a la información, sino que busca la formación de los jóvenes.

Cabe pensar que este tipo de programa es válido para conseguir un cambio en la actitud.

Sin embargo nuestras dudas se centraban en la repercusión que pudiese tener sobre el comportamiento futuro de los jóvenes. En principio, parece evidente que una mejor información y una mayor formación facilita la toma de decisiones racionales ante el uso de las drogas. Pero esta lógica parece demostrado suficientemente que no sirve.

Por este motivo consideramos la necesidad de contrastar los resultados con los de un grupo en el que junto con ese programa educativo se les permitiese observar la puesta en práctica de comportamientos coherentes con el cambio de actitud y representarlos, (Grupo II, programa educativo más modelado y role-playing).

Se pretendía que los sujetos pudiesen observar que ciertos comportamientos se podían dar (por ejemplo: resistirse a las presiones del grupo, o dar argumentos en un grupo sobre los efectos nocivos de una droga determinada). Se partía del supuesto de que la información-educación sólo podía no ser suficiente si no se acompañaba de un aprendizaje en habilidades comportamentales.

Nuestro trabajo se enmarca dentro del paradigma de la Psicología Comunitaria (MANN, 1978; RAPAPORT, 1977, GIBBS, 1980). La Psicología Comunitaria propone un modelo alternativo que supera la posición clásica de observación, descripción, diagnóstico y clasificación de fenómenos y conductas para adoptar una posición y perspectiva intervencionista (PELECHANO, 1979; 1980a).

En 1967 LEVINE formuló los postulados fundamentales de la Psicología Comunitaria:

- Los problemas surgen siempre en una situación, alguno de cuyos factores exacerba, causa o mantiene el problema.
- Un problema surge en una situación porque algún elemento del escenario social bloquea la solución efectiva.
- La ayuda efectiva debe ser estratégica a la manifestación del problema con preferencia en una situación en que se manifieste el problema.
- Los fines y valores del interventor deben ser congruentes con los del escenario en que se manifiesta el problema.

- La forma de ayuda utilizará recursos naturales del escenario o bien recursos externos a él que pueden llegar a ser institucionalizados como una parte del escenario (MANN, 1977, pág. 10 y 11)..

La Psicología Comunitaria propone un modelo de competencia sustentado en la idea de que la prevención comunitaria no es tanto una lucha contra la patología como una estrategia para la promoción de la salud y de la normalidad, entendiendo ésta como una dimensión no homogénea constituida por habilidades y destrezas sociales (POSER, 1976), o como un proceso de adquisición de competencias (OFFER Y SABHIN'S, 1966).

Como afirman COSTA Y LOPEZ (1982) el Modelo de Competencia asume plenamente el derecho que toda persona tiene de poder desarrollar competencias o habilidades que le capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el stress de una manera adecuada. Este modelo apuesta de forma terminante por la fuerza de la habilidad (frente a la hipotética fuerza interior de voluntad) o de competencia y se empeña en todas aquellas estrategias de intervención que pongan a disposición del ciudadano la oportunidad de aprender esa competencia. La competencia sería la re

sultante de habilidades que operan en los tres niveles de conducta: cognitivo, motor y fisiológico-emocional.

Se pretende facilitar a la persona los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de habilidades de resolución de problemas para que se conviertan en agentes activos de su propia salud.

Para POSER (1976) el Modelo de Competencia tiene las siguientes características:

- a.- Asigna un papel importante al entorno físico y social en el mantenimiento de la salud y en la génesis de los problemas conductuales.
- b.- Resalta la intervención de los mecanismos de aprendizaje en la adquisición de los problemas y desajustes comportamentales.
- c.- La prevención debe ser entendida como un conjunto de estrategias que proporcionan al ciudadano las experiencias de aprendizaje de competencias que le permitan prevenir el desajuste, o en último caso, resolverlo.
- d.- Evalúa y aporta evidencia empírica de la vulnerabilidad y del riesgo de la comunidad a través del análisis funcional de la conducta.
- e.- Identifica y describe claramente y de manera operativa qué conductas y que problemas queremos prevenir

o resolver.

f.- Dispone de técnicas de intervención que son comprensibles para los ciudadanos y pueden ser puestas en práctica por ellos.

g.- Trata de evaluar la efectividad e idoneidad de los programas.

Como indican COSTA Y LOPEZ (1982), de acuerdo con este modelo, el técnico no trata de resolver los problemas al ciudadano, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle recursos teóricos y técnicos para que de esa forma pueda desarrollar un equipamiento de competencia o ciencia personal, habilidades de observación, de planificación, para que de esta forma se convierta en agente activo de su propia salud, contribuya de manera cooperativa a promocionar la salud en el sector de la comunidad en que vive y sea capaz de prevenir o resolver los problemas con las habilidades que previamente ha adquirido.

Para RAPPAPORT Y CHINSKY (1974) la Psicología Comunitaria mantiene una actitud de búsqueda frente a una actitud de espera propia del modelo tradicional. La táctica de buscar permite ofrecer servicios de salud mental en la misma comunidad fuera de un contexto profesional-asistencial.

Es importante ver la relación de este modelo con el concepto de BANDURA (1977a) de "auto-eficacia", que se refiere directamente a un mecanismo cognitivo responsable de los cambios de conducta.

Para BANDURA, la expectativa de eficacia personal determina si los comportamientos de afrontamiento van a ser iniciados, cuanto esfuerzo se empleará en ellos y durante cuánto tiempo se mantendrán, frente a obstáculos y experiencias aversivas.

La expectativa de eficacia personal procede de cuatro fuentes importantes de información:

- 1) Realización o cumplimiento de acciones: basada en las experiencias de habilidad personal. Los éxitos aumentan las expectativas de habilidad, los fracasos la disminuyen. Los efectos del fracaso sobre la eficacia personal dependen del momento en que se den y del conjunto total de experiencias en el que ocurran.
- 2) Experiencia vicaria: gran parte de las expectativas de auto-eficacia proceden de la experiencia vicaria, y descansa en influencias de comparación social, siendo una fuente de información sobre las propias capacidades menos importante que la propia experiencia.

3) Persuasión verbal: Es un procedimiento ampliamente empleado para el cambio de conducta debido a su fácil disponibilidad y rapidez. A través de la sugestión la gente llega a creer que pueden enfrentarse exitosamente con las cosas que en el pasado no podían superar.

4) Activación emocional: la activación fisiológica suscitada por acontecimientos stressantes puede llegar a poseer un valor informativo acerca de la competencia personal, siendo una fuente de información que puede afectar la auto-eficacia percibida al intentar afrontar situaciones amenazantes.

Debido a que con una alta agitación emocional la ejecución se debilita, los sujetos esperan una ejecución mejor cuando no se ven afectados por una activación emocional negativa. Las reacciones de miedo generan posteriormente más miedo ante situaciones amenazantes, a través de la auto-activación anticipatoria.

Para BANDURA, cuanto más dependan de la experiencia estas cuatro fuentes de información reseñadas, mayores serán los cambios en la auto-eficacia percibida.



Un tercer grupo (Grupo III, grupo de modelado y role-playing) sirvió para comprobar si sólo la oportunidad de observar modelos que representan comportamientos contrarios al uso y abuso de la droga y representar esos papeles era suficiente para promover un cambio de actitud y un aprendizaje y puesta en práctica de esas habilidades comportamentales.

A pesar de la importancia que tiene el aprendizaje por imitación, sólo en los últimos años se ha observado un interés creciente por la aplicación terapéutica del modelado, en ambientes clínicos, de rehabilitación y educativos.

Nuestro trabajo se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de BANDURA, esta teoría es un intento de ampliar los principios de aprendizaje con el fin de abarcar los aspectos característicamente humanos y de su ambiente social. Existen como después veremos otras teorías que, desde posiciones diferentes a las de BANDURA, tratan de explicar científicamente los fenómenos de la imitación, si bien éste es el primero en romper la vieja teoría basada en el refuerzo.

Su importancia estriba en que los sujetos imitarán un comportamiento que les presente un modelo con

una serie de características, pudiendo realizar posteriormente este comportamiento en ausencia del modelo. Por lo tanto el sujeto aprende a través de aquello que vé, sin necesidad imperante de que lo ejecute. La mera observación del modelo que exhibe un comportamiento es suficiente para que el observador pueda aprender ese comportamiento.

De las experiencias de modelado pueden resultar cambios conductuales notables y a veces verdaderamente impresionantes; la observación de que alguien emite un tipo particular de respuesta puede influir en el individuo, por el solo hecho de notar que esa respuesta puede hacerse.

Las asociaciones que se establecen, sin ejecución del comportamiento real, proporcionan las bases de la imitación cuando el observador se encuentra en la misma situación en que ha estado el modelo y cuando se encuentre suficientemente motivado para actuar.

Lo que se aprende durante la observación no es un conjunto de respuestas simples altamente específicas, sino uno, general, de representaciones imaginarias y verbales, las cuales pueden ser alteradas para acomodarse a condiciones del estímulo ligeramente diferentes.

La teoría del aprendizaje observacional no se puede decir que haya sido objeto de estudio exhaustivo en nuestro país. Parece obligada la revisión de trabajos clásicos sobre el tema y de las investigaciones realizadas en los últimos años, que aclaran las primeras conclusiones y formulaciones de BANDURA.

La visión teórica de nuestro trabajo se completa con el capítulo dedicado a la droga y la juventud, haciendo especial hincapié en los aspectos causales y programas preventivos.

PRIMERA PARTE

## I. JUVENTUD Y DROGODEPENDENCIA.

I.1. Conceptos básicos y clasificaciones.

## I.1. Conceptos básicos y clasificaciones.

### I.1.1. Concepto de droga.

La Organización Mundial de la Salud define fármaco o droga como "toda substancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste"(KRAMER Y CAMERON, 1975, pág.13) Esta definición por su amplitud al abarcar no sólo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos sino también otras substancias activas desde el punto de vista farmacológico, no siempre ha sido aceptada.

FREIXA, SOLER Y OTROS (1981) definen la droga como "una substancia que, introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración clásicos de los medicamentos (inhalación, ingestión, fricciones, etc.), o nuevos (administración parenteral, endovenosa, etc.), tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuencia

al uso continuado del producto" (pág. 3)

### Dependencia.

Por farmacodependencia la O.M.S. entiende el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir acompañada de tolerancia. La tolerancia es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario una dosis mayor.

Que una persona se haga dependiente de una droga estará en función de la interacción de tres factores:

- 1.- Las características personales o experiencia anterior del sujeto.
- 2.- La naturaleza de su medio sociocultural general



y del más inmediato.

3.- Las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

Para FREIXA, SOLER Y OTROS (1981) el concepto de dependencia va necesariamente ligado a unas acciones farmacológicas conocidas y el concepto de integración entre los efectos del producto y la vida personal y social de la persona que lo utiliza. Así, la dependencia no es simplemente el resultado de unos efectos inmediatos o agudos de la sustancia y el comportamiento conducente a la repetida experimentación de los efectos, sino que es una situación compleja en la cual la estructura social en la que está inmerso el sujeto, las relaciones grupales y la exposición del producto por intereses económicos, forman una madeja que expresa las dificultades de comportamiento del toxicómano.

Así mismo, la dependencia origina no sólo una conducta de búsqueda, sino también cambios en las relaciones de los sujetos con sus familias, su mundo social y profesional, cambios de tal magnitud

que van a influir en la forma en que es vivida la supresión del producto.

Tradicionalmente se habla de dos tipos de dependencia: a) Dependencia psíquica, b) dependencia física.

El primer tipo de dependencia se ha definido como una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que requiere la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar. Se trata pues de un deseo excesivamente fuerte del agradable estado emocional producido por la droga.

El segundo tipo de dependencia se define usualmente como un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Estos trastornos constituyen el síndrome de abstinencia, formado por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares para cada tipo de droga.

Parece sin embargo más adecuado hablar de dependencia psicosocial o comportamental, puesto que factores de interacción personal y sociales son los

que determinan la estructura de la conducta del dependiente.

Al hablar de dependencia comportamental reconoceríamos, por una parte la importancia de los factores biológicos, así como la manera en que el aprendizaje se ha plasmado en el organismo, por lo que éste cuenta con un determinado repertorio de conductas, producto de su historia de refuerzos; reconoceríamos la importancia de los factores conductuales, motores, cognitivos y orécticos y por último los sociales o microsociales.

Como ha señalado repetidas veces FERNANDEZ BALLESTEROS (1979, 1980) a través de estos tres sistemas, así como de sus interacciones mutuas, se da cabal razón de las principales fuentes de variación del comportamiento de un sujeto. Las actividades humanas no están constituidas tan sólo por actos externos, sino también por las actividades internas de los sujetos que implican voliciones, sentimientos y pensamientos; y tanto unas conductas como otras son producto de un organismo biológico y de las operaciones neurales que en él se producen; y por último la propia noción de comportamiento supone que las

actividades de los sujetos se dan en un medio, en un contexto físico y social.

Esta interacción puede verse incluso en el síndrome de abstinencia, donde los factores psicossociales confieren a la farmacología del producto unas peculiares formas de vivirlas por el sujeto. Es de todos conocido que, un auténtico síndrome de abstinencia a la heroína puede ser tratado con éxito sin casi ningún producto farmacéutico siempre que se den unas circunstancias ambientales determinadas y concretadas en una determinada cultura de grupo y en una determinada situación de la comunidad en la que se intenta el tratamiento.

Este punto, sin duda es de gran importancia para la comprensión del abuso de la droga, del mismo modo que para cualquier planteamiento que se intente realizar con fines preventivos o curativos de personas dependientes. Olvidar la presencia de todos estos factores, cualquiera que sea su importancia en cada caso particular puede conducir al fracaso terapéutico.

### Tipos de farmacodependencias.

Hasta ahora hemos hablado de la dependencia en general, no cabe duda de que las características de la farmacodependencia muestran grandes diferencias de un tipo de droga a otro, por lo que parece necesario describir los tipos principales de dependencia correspondientes a cada tipo de droga.

#### 1.- Alcohol.

Se trata del alcohol etílico o etanol. Se obtiene por fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono. Por fermentación, la concentración máxima de alcohol es de 16 %, las bebidas alcohólicas de superiores concentraciones se obtienen por destilación.

Origina euforia y analgesia. Las características de la farmacodependencia del tipo del alcohol son las siguientes:

- a) Dependencia psíquica en distintos grados: leve, moderado e intensa.
- b) Establecimiento de una dependencia física.
- c) Después de la reducción del consumo por debajo de un nivel crítico, se produce un síndrome de abstinencia autolimitado.

- d) La deprivación produce un síndrome de abstinencia que comprende temblores, alucinaciones, convulsiones y "delirium tremens".
- e) Se establece una tolerancia de carácter irregular e incompleto, de tal manera que se produce una persistencia considerable de los trastornos del comportamiento dependientes de los efectos farmacodinámicos de las drogas.
- f) Por último observaremos que una consecuencia frecuente del alcoholismo es la patología de los tejidos somáticos.

## 2.- Anfetaminas.

Son compuestos sintéticos, derivados químicamente de la efedrina, alcaloide natural de las plantas del género "ephedra".

Tiene propiedades euforizantes al estimular el Sistema Nervioso Central contrarrestando los efectos de los depresores.

Las características de la farmacodependencia son:

- a) Producen dependencia psíquica variable, pero a veces intensa.

- b) Dependencia física pequeña. Se ha demostrado experimentalmente a nivel de la placa mioneural, con trastornos electromiográficos y enzimáticos el síndrome de abstinencia, junto con somnolencia y fatiga.
- c) La tolerancia se establece con bastante rapidez, sobre todo a los efectos eufóricos.

### 3.- Barbitúricos.

El grupo de los barbitúricos son los derivados del ácido barbitúrico, este compuesto se origina por condensación de una molécula de urea y otra de ácido malónico.

Su acción farmacológica es fundamentalmente la depresión no selectiva del Sistema Nervioso Central, que en relación con la dosis origina sedación hasta anestesia general.

Las características de la farmacodependencia son:

- a) Dependencia psíquica variable, a menudo marcada, relacionada con los efectos deseados de la droga.
- b) Dependencia física marcada cuando las dosis son notablemente mayores a los niveles terapéuticos.

- c) El síndrome de abstinencia es de carácter muy grave, caracterizado por excitación nerviosa, náuseas, vómitos, convulsiones y manifestaciones de terror.
- d) Establecimiento de una tolerancia variable e incompleta a los diferentes efectos farmacológicos.

#### 4.- Drogas del tipo de la cannabis.

La planta del cáñamo, *Cannabis sativa* tiene dos compuestos que son psicoactivos: el  $\Delta^9$  THC y el  $\Delta^8$  THC (THC= tetrahidrocannabinol).

Las preparaciones que contienen principalmente hojas y unidades floridas no privadas de la resina, se les da el nombre de marihuana, hierba o kif. A la resina del cannabis se le llama hashish.

Los síntomas producidos por el cannabis dependen de la dosis, interviniendo también el medio en que se consume, la vía de administración y la experiencia-expectativa del sujeto consumidor.

En general se presenta euforia, cambios perceptivos significativos, como distorsiones visuales y auditivas, desorientación temporal y disminución de la memoria inmediata. Si se consume en compañía se tiende a la locuacidad y la risa espontánea.



La farmacodependencia del cannabis se caracteriza por:

- a) Dependencia psicosocial de moderada a fuerte.
- b) Dependencia física pequeña o nula.
- c) No aparece síndrome de abstinencia.
- d) Aparece cierto grado de tolerancia asociado al uso intenso de la droga.

#### 5.- Cocaína.

Alcaloide contenido en las hojas del arbusto "Erythroxyton coca". Químicamente es un derivado de la tropina, la benzoilmetil-ecgonina.

Es un potente estimulante cerebral, muy similar en su acción a las anfetaminas. Son capaces en altas dosis de provocar una excitación eufórica y experiencias alucinatorias, provoca sensaciones de gran fuerza muscular y viveza mental.

La farmacodependencia se presenta del modo siguiente:

- a) Dependencia psíquica muy fuerte.
- b) Falta de dependencia física, no apareciendo en consecuencia síndrome de abstinencia.
- c) Falta de tolerancia.

d) Fuerte tendencia a continuar la administración.

## 6.- Alucinógenos.

Las drogas de este tipo comprenden a la dietilamida del ácido lisérgico (L.S.D.); la psilocibina que se extrae del hongo *Psilocybe mexicana*; la mescalina, alcaloide extraído del cactus llamado *Lophohora williamsii*; y otras.

Estas drogas provocan un estado de excitación del Sistema Nervioso Central e hiperactividad autonómica central que se manifiesta en cambios del estado de ánimo; usualmente eufórico, a veces depresivo, ansiedad, deformación de la percepción sensorial, alucinaciones visuales, ideas delirantes, despersonalización, etc. En general la experiencia es agradable, con excepción de "los malos viajes" donde se presenten reacciones de pánico.

Las características de la farmacodependencia son:

- a) No suele ser intensa la dependencia psíquica.
- b) No se detectan indicios de dependencia física no presentandose el síndrome de abstinencia.
- c) Se adquiere rápidamente un alto grado de tolerancia.

## 7.- Opiáceos.

En esta denominación se incluyen los alcaloides del opio (jugo extraído por incisión de las cápsulas inmaduras del papaver somniferum) y diferentes sustancias sintéticas y semisintéticas caracterizadas por sus potentes efectos analgésicos.

Producen un estado de saciedad total de los impulsos, suprimen la sensación de dolor, de hambre, "no hay nada que hacer porque todas las cosas son como deberían ser", produce pues un estado extremadamente placentero.

Las características de la dependencia son:

- a) Dependencia psíquica fuerte, que se manifiesta como un impulso irreprimible a continuar consumiendo la droga.
- b) Presenta dependencia física que puede ponerse en marcha desde la primera dosis administrada.
- c) El trastorno de abstinencia se presenta 36-72 horas después de la supresión de morfina, dura de 7 a 10 días y puede acarrear la muerte en ausencia de tratamiento.
- d) Se establece tolerancia.

## 8.- Inhalantes.

Comprende este apartado tanto gases como compuestos orgánicos líquidos y muy volátiles. Pertenecen a las categorías químicas de: hidrocarburos alifáticos, aromáticos, derivados halogenados, acetonas, éteres, alcoholes, ésteres y glicoles.

Comprenden pues, la gasolina, soluciones limpiadoras y quitamanchas, disolventes de pinturas, colas y pegamentos, etc.

Estas sustancias son depresoras del Sistema Nervioso Central y producen efectos parecidos a los del alcohol: euforia, regocijo, sensación de grandiosidad, delirio, alucinaciones y pérdida del autodomínio. Todos estos síntomas varían mucho en función del producto y la dosis.

Las características de la dependencia son:

- a) Algunos pueden producir dependencia psíquica de diversos grados.
- b) No hay evidencia de dependencia física, aunque algunos autores lo sostienen.
- c) Se ha demostrado el fenómeno de tolerancia para los efectos depresores de S.N.C. En el caso de la cola, ésta se presenta a las tres semanas de uso.

## 9.- Tabaco y cafeína.

El tabaco y la cafeína pueden provocar evidentemente cierto grado de farmacodependencia. En el caso de la cafeína esta situación no es necesariamente nociva. Por el contrario el empleo intensivo del tabaco puede producir daños físicos en el usuario.

Sin embargo a diferencia de otras sustancias es relativamente escasa su acción estimulante o depresora del sistema nervioso central o los trastornos que producen en la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o la función motriz.

Los efectos psicotóxicos son ligeros en comparación con otras drogas.

### I:1.2. Clasificación.

A la hora de utilizar una clasificación de las distintas drogas existentes nos encontramos con no pocos problemas, por una parte existen muchas clasificaciones fundamentalmente por ser un tema abordado por muchas disciplinas con puntos de vista distintos, por otra parte por la propia dinámica del saber científico nos encontramos con que muchas clasificaciones son parciales o insuficientes, pero sobre todo son los distintos objetivos y criterios los que hacen que se multipliquen las clasificaciones.

Las drogas se han clasificado según:

- a) Su origen: naturales y sintéticas.
- b) Atendiendo a su estructura química.
- c) Según su acción farmacológica.
- d) Atendiendo a las manifestaciones que se producen en el comportamiento de los sujetos.
- e) Según consideraciones legales y sociológicas.

Una clasificación clínica frecuentemente utilizada es la de CHALOULT (1971):

I. Depresores de la actividad del S.N.C.

A) El Alcohol.

B) Los hipnóticos.

1. Barbitúricos.

- a) de acción ultracorta. Ej.: Tiopental.
- b) de acción corta. Pentobarbital, Secobarbital.
- c) de acción intermedia. Ej.: Amobarbital.
- d) de acción prolongada. Ej.: Fenobarbital.

2. No barbitúricos.

Ej.: Glutetimida, Metripilon, Metaqualona.

C) Los ansiolíticos.

Clordiazepóxido.

Diazepan.

Meprobamato.

D) Los Analgésicos narcóticos.

1. El opio y sus derivados naturales y semisintéticos:

- a) La morfina, la codeína.
- b) La heroína.

2. Los narcóticos sintéticos.

Meperidina, Metadona, Oxícodona.

E) Los Antipsicóticos -tranquilizantes mayores-

Levomepromacina, Clorpromacina, Trifluoperacina.

## F) Otros.

Bromuros

Antihistamínicos.

## II. Estimulantes de la actividad del S.N.C.

## A) Estimulantes de la vigilancia.

## 1.- Estimulantes mayores:

a) Anfetaminas.

b) Anorexígenos no anfetamínicos.

c) Cocaína.

## 2.- Estimulantes menores:

a) Cafeína.

b) Nicotina.

## 3.- Otros:

Clorhidratos de metilfenidato.

Sulfato de estriquina

Aminas simpaticomiméticas.

## B) Estimulantes del humor -antidepresivos-

## 1. Inhibidores de la MAO. Tranilcipromina.

## 1. NO IMAO. Imipramina, Desipramina.



## III. Perturbadores de la actividad del S.N.C.

## A) Alucinógenos.

- a) La mescalina.
- b) El L.S.D.
- c) Psilocibina.
- d) El DOM o STP.

## B) Derivados del cannabis.

1. Marihuana.
2. Haschisch.
3. El THC.

## C) Los disolventes volátiles:

- 1.-Colas, 2.-esencia, 3.-Disolventes, 4.-El éter.

## D) Los anticolinérgicos:

## 1.- Alcaloides naturales de la belladona

- a) Atropinas
- b) Hiosciamina.
- c) Escopolamina.

## 2.- Los productos sintéticos:

Sernil, Ditran.

## E) Otros: El MDA, el DMT, el DET, el DOET, la nuez moscada.

La Organización Mundial de la Salud (1975) ha confeccionado también una clasificación, la O.M.S. ordena las drogas según su peligrosidad, atendiendo a estos factores:

Mas peligrosidad	Menos peligrosidad.
Las que crean dependencia física.	Las que crean sólo dependencia psíquica.
Las que crean la dependencia con mayor rapidez.	Las que crean la dependencia con menor rapidez.
Las que poseen mayor toxicidad.	Las que poseen menor toxicidad.

Según estos factores elaboró la siguiente clasificación:

GRUPO 1º.: Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.

GRUPO 2º.: Barbitúricos y alcohol.

GRUPO 3º.: Coca-cocaína, anfetaminas y derivados.

GRUPO 4º.: L.S.D., cannabis y derivados, mescalina, etc.

Entendiendo que todas son peligrosas, las primeras serían MUY PELIGROSAS y las del grupo 4º MENOS PELIGROSAS.

Antes de finalizar este apartado de introducción a la droga, puede ser interesante traer aquí las respuestas a una encuesta realizada por CARITAS ESPAÑOLA-EDIS (1981) sobre qué productos se consideran que son droga. La pregunta era: "¿Cuáles de estos productos cree usted que son droga?".

Tipos de drogas.	No lo son	Sí lo son	Dudoso
Tabaco.	39,7	55,1	5,2
Haschisch/marihuana.	4,7	91,2	4,1
L.S.D.	3,1	84,1	12,8
Cocaína.	3,6	89,8	6,6
Disolventes.	41,9	33,6	24,5
Alcohol.	27,0	65,1	7,9
Barbitúricos.	9,6	76,6	13,9
Tranquilizantes y sedantes.	17,6	69,1	13,3
Opiáceos.	2,3	92,4	5,2
Anfetaminas.	11,6	72,1	16,3
Analgésicos.	34,1	51,1	14,8

I.2. El consumo de drogas. Incidencia.

## I.2. El consumo de drogas. Incidencia.

Por lo que respecta al uso de distintas drogas tanto de las denominadas legales como ilegales, las dificultades para un sondeo epidemiológico son obvias. No es posible exponer con detalle la situación, sin embargo vamos a considerar una serie de datos que nos puedan hacer comprender la magnitud del problema que estamos tratando.

KRAMER Y CAMERON (1975) señalan cuatro tendencias importantes a considerar:

1.- En general en muchos países en los últimos 30 años se ha observado un aumento del uso de la droga y nuevas tendencias en relación con el uso de ésta. En la mayoría de los casos los nuevos usos han venido a sumarse a los modos tradicionales de consumo en cada cultura o sociedad, de modo que drogas que desde hace mucho tiempo se han utilizado en ciertos lugares (alcohol en América y Europa; cannabis en zonas del Norte de Africa y Subcontinente indopaquistaní; coca en regiones de los Andes; opiáceos en países del Mediterraneo oriental y en Asia Sudoriental) empiezan a consumirse fuera de estas regiones tradicionales.

2.- Otra nueva tendencia es el uso de todos los tipos de drogas causantes de dependencia por los preadolescentes y adolescentes de las clases media y superior.

3.- Una tercera característica nueva es que muchos adolescentes y jóvenes manifiestan escaso interés por mantener el statu quo social.

4.- Una cuarta tendencia es el consumo de múltiples drogas por la misma persona.

Estas tendencias, además de la disponibilidad en gran variedad de drogas psicoactivas y de la rapidez y facilidad de las comunicaciones y los transportes, han contribuido a aumentar la complejidad que presenta el problema de la droga.

Estas tendencias mundiales son claramente asimilables al caso español. En España lo primero a resaltar es el total acuerdo que existe sobre el espectacular aumento en el consumo de drogas en los últimos años que se han unido al alcohol y tabaco que podemos considerar como tradicionales en nuestro país.



También según las mismas fuentes las drogas más consumidas y su evolución ha sido:

	1975	1976-77	1978-79
Cannabis.....	98 %	99,6 %	99,4 %
LSD.....	44 %	55,0 %	35,0 %
Opio y Codeína.....	-	18,0 %	10,0 %
Heroína.....	12 %	22,0 %	30,0 %
Morfina.....	2 %	20,0 %	25,0 %
Analgésicos sintéticos de acción análoga a los opiáceos....	-	17,0 %	14,0 %
Analgésicos potentes no estupefacientes.....	20 %	42,0 %	31,0 %
Cocaína.....	10 %	10,0 %	27,0 %
Anfetaminas y análogos.....	27 %	27,0 %	52,0 %
Barbitúricos y análogos.....	15 %	16,0 %	13,0 %
Inhalantes, pegamentos.....	-	-	1,0 %
Alcohol (1).....	-	-	25,0 %

(1) Sólo se incluye aquellos individuos que utilizan para potenciar otras drogas o alternarlo con ellas.

Estos porcentajes se refieren a individuos que utilizan estas drogas.



En la encuesta de CIDUR/EDIS (1980) a la pregunta: "¿Ha probado o usado algún tipo de droga?" dio los siguientes resultados:

Sí.....	34,6 %
No, pero me gustaría probarla.....	9,6 %
No, ni pienso probarla.....	54,3 %
No contesta.....	1,4 %

Entre los que manifestaron haberla probado, resulta que:

- El 57 por 100 la probaron entre los 16 y 20 años.
- El 27,9 por 100 la probaron entre los 12 y los 13 años.
- El 7,4 por 100 la probaron entre los 22 y los 24 años.
- El 5,6 por 100 la probaron en la mili.
- El 2,1 por 100 la probaron antes de los 12 años.

El porcentaje de chicos con respecto a chicas es de dos de ellos por una de ellas.

Según los datos del Grupo de Orientación de la Brigada Central de Estupefacientes, la edad media de iniciación al consumo de drogas sería:

1971 - 1974.....	24,7 años
1975 - 1976.....	17,8 años
1977 - 1978.....	15,9 años

En lo que respecta al tipo de sustancia consumido por primera vez, en la encuesta de CIDUR/EDIS (1980) a la pregunta sobre el particular los porcentajes se distribuyen de la manera siguiente:

	%
Haschish.....	75,1
Marhuana.....	15,4
Griffa.....	3,9
Cocaina.....	1,4
LSD.....	0,0
Anfetaminas.....	3,1
Opiáceos.....	0,6
Barbitúricos.....	0,4

Al hablar del consumo de drogas es muy importante estudiar por separado cada una de las sustancias, ya que es bien diferente, cualitativa y cuantitativamente, según el tipo de producto del que se trate.

#### 1.- Alcohol.

Un primer hecho a destacar es la existencia en nuestro país de dos formas de consumo superpuestas: las tradicionales (utilización de bebidas fermentadas de baja graduación) y las nuevas pautas implantadas por las empresas con la ayuda de la publicidad del consumo de bebidas destiladas de alta graduación. En la actualidad cada vez más se usa el alcohol buscando exclusivamente sus efectos embriagantes, como droga de ajuste o evasión.

En España el aumento de la producción y del consumo es notable, las cifras de producción de bebidas alcohólicas en España son cada vez mayores. El consumo ha aumentado del 1968 - 1970 al 1975 - 1976 un 17,6 por ciento. El aumento entre 1962 - 1972 fue del 28 por ciento. Y entre 1975 - 1978 parece estabilizado.

La producción de bebidas alcohólicas en España ha evolucionado de la manera siguiente:

Año	Cerveza (1.000 l.)	Otras (1.000 l.)	Vino (1.000 Hl.)	Sidra (1.000 l.)
1.950	60.377	73.195	14.126	-
1.955	168.010	64.940	16.653	-
1.960	343.287	87.165	20.957	-
1.965	749.710	203.107	26.452	-
1.970	1.230.695	232.485	25.605	-
1.975	1.662,602	279.950	32.456	38.575
1.979	-	-	50.581	-

(MENDOZA Y VEGA, 1980, pág. 11)

La "Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes" del Ministerio de la Gobernación, en 1975, reconocía la existencia de un 2,5 por ciento de alcohólicos y de un 5 por ciento que eran bebedores habituales en cantidades preocupantes, y que "pueden ser" también alcohólicos o tener un alto riesgo

de llegar a serlo. Ello supondría aproximadamente 1.700.000 personas, que sumadas a los 850.000 alcohólicos graves da un total de 2.550.000 españoles, que ascienden a un 7,5 por cien de la población española.

Un aspecto de gran importancia a resaltar en lo que hace relación a los hábitos de consumo del alcohol, es el aprendizaje precoz por parte de los niños en el mismo seno familiar. Es una creencia generalizada los efectos benéficos que se atribuyen al uso del alcohol: para crecer, desarrollarse y para hacer sangre.

RODRIGUEZ  $\bar{E}$  MARTOS (1.976) en un estudio realizado con 12.856 niños entre los cuatro y los catorce años, procedentes de centros escolares públicos y privados de Barcelona y provincia destaca que el 95 por ciento de la muestra consumía alcohol con una media diaria de 10 c.c. de alcohol puro. En los bebedores diarios es aproximadamente de 22 c.c. de alcohol por niño y día.

## 2.- El tabaco.

Según datos de la propia Tabacalera S.A. (CARITAS ESPAÑOLA-EDIS, 1981) existen en España 12,5 millones de fumadores, de ellos el 82 por ciento consumen entre diez y veinte cigarrillos al día, el 17 por ciento entre veinte y cuarenta y algo más del 1 por ciento pasaba de cuarenta al día. Así, el consumo total de cigarrillos por año debe superar los sesenta mil millones de unidades.

El consumo de cigarrillos por adulto y año ha pasado de 430 unidades en 1.950 a 2.260 en 1.973. Durante el periodo 1.963 - 1.978 el consumo nacional de cigarrillos ha aumentado en un 83 por ciento.

## 3.- Psicofármacos.

Respecto al uso de medicamentos en España, las cifras son ciertamente muy elevadas. La Seguridad Social se gastó en 1.977 dos mil millones de pesetas en proporcionar psicofármacos a 4 millones de personas. Según FREIXA, SOLER Y OTROS (1981) en 1,979 se consumieron en España 159 millones de envases de psicofármacos.

Es difícil conocer con exactitud el número de personas que utilizan lo que se ha llegado a denominar "la droga española", los cócteles de barbitúricos, anfetaminas y ciertos adelgazantes. MENDOZA Y VEGA (1980) dan la cifra de entre un 5 y un 10 por ciento de adultos que los consumen, siendo el uso más intenso entre personas de 40 a 50 años de edad.

Según los datos de la encuesta realizada entre la juventud por CIDUR/EDIS (1980) el 3,1 por ciento de los jóvenes se iniciaron con Anfetaminas y el 3,4 por ciento de consumidores declaran que es la droga de utilización preferente por ellos.

#### 4.- La cafeína.

La cafeína que se encuentra en el café, el té, el cacao y la cola constituye otra de las drogas "legales" que merece especial atención en la prevención de cara a los jóvenes, dado el incremento notable que está adquiriendo entre los niños la costumbre de beber refrescos del tipo de la Coca-Cola, Kas-cola, etc. No se considera que para un niño de unos 27 Kilos aproximadamente tomarse tres vasos de una de estas bebidas es lo mismo

que si un adulto de 80 Kilos se tomara ocho tazas de café.

5.- Drogas de uso ilegal.

En este apartado pueden servir los datos iniciales de este capítulo para conocer la incidencia de su consumo en España.



I.3. Causas del inicio, consumo y abuso de las drogas.

### I.3. Causas del inicio, consumo y abuso de las drogas.

Sin duda alguna es éste uno de los aspectos del fenómeno de la droga más importante de cara a un conocimiento del hecho y a una prevención eficaz. Sin embargo es también uno de los aspectos más difíciles de aunar criterios. Las opiniones y los datos de que se dispone no son totalmente coincidentes ni aparecen conclusiones acabadas sobre este aspecto.

Descartada la existencia de una causa única que explique por qué se empieza y se continúa hasta el abuso en el consumo de las drogas, se han dado un sin fin de hipótesis.

Según el Informe de un grupo de estudios de la Organización Mundial de la Salud (1973), para que se inicie y mantenga el consumo de drogas con frecuencia aparecen uno o varios motivos de los siguientes:

- a) Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.
- b) Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo de ser "aceptado" por otros.
- c) Expresar independencia y, a veces, hostilidad

- d) Tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas.
- e) Adquirir un estado superior de "conocimiento" o de "capacidad creadora".
- f) Provocar una sensación de bienestar y tranquilidad.
- g) Escapar de algo.

En esa falta de acuerdo a la que hacemos referencia sobre los factores o causas del consumo de droga, podemos encontrar posiciones que ponen el acento en las razones de nivel personal, así se afirma que el toxicómano lo es por poseer falta de madurez psicológica o inmadurez motivacional (MIROLLI, 1976); o en aspectos sociales, "los toxicómanos son el resultado de una mala organización social..." (FREIXA en CIDUR/EDIS, 1980, pág. 83).

Sin embargo, parece que tanto factores sociales como personales o psicológicos intervienen en la iniciación y consumo de droga.

Como señalan KRAMER Y CAMERON (1975) "para comprender la farmacodependencia es indispensable conocer la interacción farmacológica entre la droga y el organismo y la interacción entre éste y el medio ambiente". (pág. 46).

Esta intervención de factores farmacológicos, humanos y ambientales obliga a retener las siguientes hipótesis entre las muchas que se han dado para explicar el inicio y abuso de la droga:

1.- La toxicomanía es una manifestación de algún trastorno caracteriológico subyacente.

2.- La toxicomanía es la expresión de una conducta delictiva o desviada.

3.- La toxicomanía es la consecuencia de una tentativa de automedicación, fundamentalmente de las personas que padecen depresiones, angustias u otros trastornos psíquicos.

4.- La toxicomanía es el medio por el que un sujeto logra ser aceptado en un medio cultural marginal.

5.- La farmacodependencia es la manifestación de una lesión metabólica, reversible o permanente, causada por el consumo repetido de dosis altas de un tóxico.

6.- La toxicomanía podría expresar una rebelión contra los valores sociales establecidos.

7.- La farmacodependencia sería el resultado de la adquisición de un complejo conjunto de respuestas

operativas y clásicamente condicionadas, es decir un comportamiento aprendido.

8.- Podría ser el resultado de presiones socioculturales conducentes al abuso de ciertas sustancias.

9.- La farmacodependencia podría ser el resultado de cualquiera de estos factores o incluso todos ellos pueden formar parte en un sujeto particular de los mecanismos etiológicos.

Concretando podemos reunir los factores que intervienen en la etiología del abuso de droga en tres grupos de factores; a) Factores sociológicos, b) factores fisiológicos y c) factores psicológicos.

Los factores principales relacionados con la etiología en el aspecto sociológico incluyen: la disponibilidad de una droga; las sanciones impuestas respecto a su abuso; la movilidad geográfica que actualmente pueden tener todas las personas, las ideas y los objetos; la aceptación social del uso de drogas para aliviar molestias; siendo también importantes las fuentes y calidad de informaciones disponibles y aceptadas acerca del uso de la droga.

DAVISON Y NEALE (1980) destacan dos tipos de teorías sobre el origen de la adicción a las drogas. La teoría fisiológica según la cual los cambios fisio

lógicos ocasionados en el organismo constituyen el factor más importante en el desarrollo de la drogadicción. Debido a que la droga modifica la fisiología del organismo éste reacciona cuando se suspende la administración de la sustancia a la que se ha acostumbrado. Así, para evitar reacciones de abstinencia, el toxicómano se ve en la necesidad de continuar administrándose la droga a su sistema. De esta forma una persona consume droga por casualidad, curiosidad u otra razón, luego queda atrapada por los cambios producidos en la química de su organismo y la concomitante gravedad de las correspondientes reacciones de abstinencia.

Las teorías psicológicas sobre el origen de la toxicomanía suelen hacer hincapié en la disminución de la angustia así como las sensaciones agradables y los estados eufóricos producidos por las drogas. Del mismo modo estas teorías intentan dar las razones por las que ciertos tipos de personas parecen "necesitar" de dichos efectos. En muchos casos se habla del abuso de las drogas como parte de la búsqueda de emociones fuertes para ciertos individuos, por ejemplo los psicópatas. Se piensa que los individuos ansiosos usarían narcóticos con el fin de mitigar la angustia que con frecuencia experimentan. Se han intentado buscar rasgos

de personalidad subyacentes en la conducta de drogadicción. Se han intentado buscar semejanzas en los antecedentes familiares de los drogadictos.

En resumen, se disponen de pocas pruebas respecto a los orígenes de la drogadicción. Posibles factores son las características personales, la presión ejercida por el grupo de amigos, los antecedentes familiares, la facilidad con la que se puede adquirir la droga, pero hasta el momento no se ha podido especificar sino vagamente el papel desempeñado por cualquiera de estas causas.

Dentro del modelo de la psicología del aprendizaje, BÜRINGER (1976) afirma que el consumo de drogas supone una conducta aprendida que se adquiere y se mantiene en base a los mismos principios del aprendizaje que rigen para otros modos de conducta. La adicción se mide en el grado de probabilidad de que aparezcan ciertas formas de conducta. Estas llevan en sí una o un grupo determinado de consecuencias positivas. Y al mismo tiempo se reduce la posibilidad de aparición de otras formas de conducta.

Se pueden distinguir refuerzos primarios (fisiológicos) y secundarios (sociales). Estos últimos jue-

gan un importante papel en el caso de adicción de los jóvenes, puesto que aquí el consumo de drogas, como tal, está relacionado con una serie de actitudes y formas de conducta específicas.

En el proceso de reducción de las conductas alternativas a aquéllas del consumo de drogas, el tiempo transcurrido entre la ingestión y la consecuencia positiva juega un papel importante. Así, una cierta conducta aparecerá más a menudo si el tiempo transcurrido hasta lograr su consecuencia positiva es más corto.

Para BÜRINGER (1976) en un principio, las conductas de curiosidad o imitación juegan un importante papel, en base a las consecuencias positivas observadas o descritas por el medio social (amigos, grupo, etc). "Si, en base al condicionamiento operante se llega a un consumo regular, aquellas situaciones que antes desencadenaban conductas de mayor duración y/o menor probabilidad de un refuerzo positivo inmediato (exigencias en la escuela, en el trabajo o en el hogar), se convierten ahora en factores desecandentes del consumo de drogas. Igual cosa ocurre con estímulos del medio que lo acompañan (locales, personas, música, etc.)" (BURINGER, 1976, pág. 58)



En la actualidad, como señala CALVO (1981) se analiza el fenómeno de la adicción en la perspectiva conductual desde un punto de vista del aprendizaje social, no sólo para el alcohol sino para todo tipo de toxicomanías. MILLER Y EISLER (1981) resumen esta posición del modo siguiente: "Dentro del marco del aprendizaje social se encara el abuso del alcohol y de droga como patrones de conducta socialmente adquiridos, y aprendidos, mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológica. Factores tales, como la reducción de ansiedad, mayor reconocimiento social y aprobación de los compañeros, la mayor capacidad de mostrar una conducta social espontánea y más variada, o la evitación de los síntomas de retraimiento fisiológico, pueden mantener el abuso de la sustancia".( pág. 407).

En este enfoque se diferencia entre las causas precipitantes y las causas de mantenimiento. Estos factores que precipitan y mantienen el abuso de la droga son muy numerosos y varían grandemente de individuo a individuo. Ejemplos de estos factores que han sido estudiados serían, la exposición a modelos que presentan

una conducta adictiva a cualquier tipo de sustancia; la presión de los compañeros conjuntamente con el reconocimiento y atención de las otras personas significativas en su entorno; el refuerzo obtenido por una "nueva experiencia" o por los efectos agradables de algunas drogas; la atención y el reconocimiento que inadvertidamente ofrecen en innumerables ocasiones parientes y amigos al abuso de las drogas; la reducción de estado emocionales cognoscitivos o aversivos reemplazados por otros más positivos, por ejemplo ciertas circunstancias ambientales relacionadas con aburrimiento, depresión, ansiedad, agitación o pensamientos autodestructivos; la posibilidad de una mejor expresión de determinadas conductas en sujetos con ciertos déficits, etc. (HERSEN, MILLER Y EISLER, 1973; TEASDALE Y HINKSON, 1971; MILLER Y EISLER, 1980)

Dentro de este apartado sobre las causas del inicio y abuso de la droga es importante reseñar las respuestas que sobre este tema han dado los jóvenes entrevistados en una encuesta de CIDUR/EDIS (1980) realizada en el Estado Español sobre la Juventud y la droga.

Sobre la causa principal del consumo de drogas por parte de la propia juventud la opinión de los jóvenes queda reflejada en la siguiente tabla:

Buscar nuevas experiencias. (Curiosidad).....	38,7 %
Problemas personales. (Timidez, soledad).....	21,6 %
Atracción por lo prohibido.....	10,0 %
Mal funcionamiento del sistema educativo.....	5,7 %
Enfrentamiento generacional.....	5,4 %
Falta de actividades juveniles recreativas.....	5,0 %
Aumento del paro juvenil.....	4,2 %
Falta de control policial.....	1,8 %
Desencanto político.....	0,5 %
No contestan.....	7,1 %

En la encuesta de CIDUR/EDIS (1980) a la pregunta de: ¿Qué motivos te mantienen en el consumo? entresacamos las respuestas de dos bloques de jóvenes: primero, los que se declararon consumidores de entre la población juvenil en general (Número 1)(308 sujetos); segundo, 90 jóvenes adictos de Barcelona y Madrid.

	1	2
Familiares.....	3,6	1,1
Escolares.....	1,9	1,1
Laborales.....	2,3	3,3
Diversión, compañeros.....	73,7	76,7
Servicio militar.....	2,6	1,1
Estado personal.....	15,9	16,7
	-----	-----
	(308)	(90)

Aparece aquí lo que puede ser una causa importante, la importancia de la fuerza del grupo de relación, en la adicción.

Habría que destacar que la "atracción por lo prohibido" no es un motivo que mantenga en el consumo de la droga, siendo ésta una razón de inicio.

Estos datos anteriores también nos conducen a la importancia que debemos dar al "marco del consumo" fundamentalmente al abordar una labor preventiva y de tratamiento debemos conocer la enorme importancia que tiene el grupo de amigos, los compañeros del "rollo".

Entre los jóvenes adictos son pocos los que consumen solos. Tan sólo un 4,5 por 100 lo hacen frente a un 76,7 por 100 que afirman que lo hacen con amigos.

No cabe duda que estas opiniones de los jóvenes pueden estar influidas por todos los tópicos existentes al respecto.

Entresacando lo más importante de las respuestas de los jóvenes a la causa del inicio y mantenimiento en el consumo de la droga podemos afirmar que responden fundamentalmente a tres áreas: a) Motivaciones de carácter personal: curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas; experimentar placer, animarse; pasar el rato; resolver o evadirse de problemas personales (depresión, soledad, etc). b) Razones de carácter grupal: básicamente lo que podemos denominar "el tirón del grupo". c) Factores socioestructurales: el paro, el estilo de vida consumista y otros problemas económicos relacionados con la droga.

En un trabajo realizado por ARANA, CARRASCO Y DE VICENTE (1981) constatan que entre los iniciados a la droga antes de los 13 años, las formas destacadas de iniciación fueron: por compromiso social, por invitación de un amigo, por aburrimiento y sinsentido de la vida; entre los que se iniciaron a los 13/14 años lo hacen por: aburrimiento y sinsentido de la vida; los que se iniciaron a los 15/16 años lo hacen por curiosidad, por nada especial o por necesidad de experiencias fuertes; y por último los de edad de iniciación a los 17/18 años o después lo hacen por invitación de amigos más que por necesidad de experiencias fuertes, han cedido al consumo de la droga por compromiso social sin necesidad interior.

Por último y dado que nuestra investigación se lleva a cabo en el medio escolar, vamos a resumir las causas que MENDOZA Y VEGA (1980) enumeran como más importantes a la hora de abordar la etiología de las toxicomanías en los centros escolares:

1.- Factores que se manifiestan en el propio alumno:

- a) Motivaciones individuales diversas (curiosidad, evasión, destacar ante el grupo, ser aceptado, llamar la atención al maestro, etc)
- b) Falta de información verídica sobre los efectos de las distintas drogas.
- c) Carencia de metas atractivas de vida.
- d) Sentimiento de culpabilidad por el fracaso escolar.
- e) Utilización de anfetaminas ante los exámenes por la falta de atractivo en el estudio.
- f) Contacto con compañeros que toman droga.
- g) Predisposición psicológica a la farmacodependencia por trastornos previos de personalidad.

2.- Factores ambientales:

- a) Ejemplo de los padres, que en muchos casos abusan de las drogas institucionalizadas.

- b) Convicción de los padres de la veracidad de diversos tópicos sobre el alcohol.
- d) Falta de comunicación en la familia.
- e) Numerosos padres no fomentan la independencia de los hijos y su capacidad para afrontar por sí solos los problemas que se les puedan presentar.

### 3.- Factores escolares:

- a) La escuela no prepara de hecho para la vida, sino para el trabajo. No se fomenta la maduración global de los alumnos.
- b) Los maestros con alguna frecuencia se limitan a dar clases sin tiempo para el contacto humano.
- c) El abuso del método de la clase magistral fomenta la docilidad, el poco espíritu crítico.
- d) Nula preparación del maestro para la educación sanitaria en general.
- e) Expulsión del centro de los alumnos que consumen droga, lo que favorece su paso a otras más peligrosas.



4.- Factores a nivel de barrio, ciudad o sociedad en general:

- a) Insuficiencia de centros recreativos.
- b) Carencia de centros de tratamiento.
- c) Publicidad de las drogas legales.
- d) Excesivo número de bares y precio bajo de las bebidas alcohólicas.
- e) Paro juvenil y desencanto político.
- f) Ineficacia del actual sistema sanitario con promoción del uso de psicofármacos.
- g) Sociedad de consumo, donde se permite todo lo que es negocio.

#### I.4. Prevención.

#### I.4. Prevención.

La necesidad de la prevención viene determinada por la incidencia de la droga en nuestra sociedad.

La prevención persigue la defensa y promoción de la salud, entendiendo ésta, en palabras de la Organización Mundial de la Salud, no como la simple ausencia de enfermedades, sino como el estado de completo bienestar físico, mental y social.

La prevención se divide en tres niveles:

1) Prevención primaria: está dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general. En el caso de la droga trataría de controlar la disponibilidad y oferta de ésta y eliminar los factores sociales y personales que llevan al abuso de la droga.

En resumen: a) mejora de la salud de las personas no afectadas y b) protección específica contra los agentes productores de enfermedad.

2) Prevención secundaria: dirigida a detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases.

Contrariamente al anterior que iba dirigida hacia la comunidad, ésta se centra fundamentalmente en el individuo valiéndose del diagnóstico precoz. Consiste pues en ayudar terapéuticamente a los ya afectados por las drogas, terapéutica que será tanto más eficaz cuanto más pronto se haya detectado y diagnosticado al consumidor.

3) Prevención terciaria: está dirigida a reducir las consecuencias o efectos de la enfermedad.

Se persigue consolidar la curación mediante la reinserción social. Se devuelve al individuo a su papel activo dentro de la sociedad. Se trata del concepto de rehabilitación integral. Rehabilitación que ha de tener en cuenta las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del individuo.

Por prevención del abuso de las drogas se entiende, pues el conjunto de acciones encaminadas a anular los factores etiológicos originantes del abuso de las drogas, con vistas a que éste no se produzca o quede reducido a su mínima expresión en cuanto a extensión y consecuencias para el iniciado.

Para KRAMER Y CAMERON (1975) los diversos métodos preventivos de la farmacodependencia pueden clasificarse en tres apartados: 1) reglamentación legal, encaminada a restringir las posibilidades de procurarse drogas; 2) medidas educativas destinadas a informar al público sobre las drogas y a influir en las actitudes relativas al uso de las mismas; 3) medidas sociales en favor de los grupos particularmente "expuestos" -ofrecerles una alternativa que reemplace el uso de la droga- y de los antiguos toxicómanos -asistencia ulterior-.

#### 1.- Reglamentación legal:

Es indudable la importancia que tiene el tipo de reglamentación legal en la incidencia del consumo de una droga determinada. Aspectos tan importantes como la publicidad, la facilidad de abastecerse, los precios del producto, son varios de los ejemplos en los que se aprecia la importancia de trabajar con medidas legales en la prevención del consumo de drogas.

Siempre que se proyecte promulgar una nueva reglamentación, según la O.M.S., deben tenerse presentes ciertas consideraciones generales:

a.- Objetivos de la legislación: la reglamentación pue

de tener por objeto imponer restricciones parciales o hacer desaparecer por completo del mercado una droga determinada. Ante este tipo de medidas es importante prever los posibles efectos adversos (por ejemplo el fenómeno de reemplazamiento por una más peligrosa pero accesible en ese momento).

b.- Evaluación de los efectos de la legislación: es fundamental, si se cree que la nueva legislación puede modificar la prevalencia de un problema determinado, reunir los datos necesarios para confirmar o refutar esa hipótesis.

## 2.- Medidas educativas:

Las medidas educativas pueden tener por objetivo modificar las actitudes de la colectividad.

Se ha señalado con frecuencia que la drogo dependencia podría evitarse mediante sencillos programas de información del público; por desgracia no existen pruebas en favor de esta afirmación. La información no protege por sí misma.

En este sentido son muchas las experiencias que se han realizado desde distintos planteamientos teóricos.

### 3.- Medidas sociales en favor de los particularmente expuestos.

En los últimos años se han efectuado experimentos muy diversos en este sector.

Una actividad fundamental es el establecimiento de centros especiales de actividades juveniles que pueden ayudar a evitar el uso de la droga. Entre las actividades de estos centros puede figurar, la organización de grupos dedicados al atletismo, los deportes en general, la música, la política, el arte o la protección del medio ambiente.

En el mismo sentido se debe atender a aquellos jóvenes, antiguos toxicómanos, en su reinserción social. Hay que contar con recaídas y contar con los medios para hacerlas frente.

Sería necesario actuar en la creación de centros de asistencia social-sanitaria dirigidos a la integración de estas personas. La creación de medios de formación profesional, de puestos de trabajo e incluso de albergues protegidos.

La prevención del abuso de las drogas puede enfocarse desde diversos modelos teóricos, los mas importantes son:

a) De salud pública: parte del valor que todas las personas dan a la salud, y considera que la educación y la información objetiva sobre las sustancias que pueden dañarla evitará su uso o abuso.

Para FERRARA, ACEBAL Y PAGANINI (1976) no hay acción sanitaria eficaz sin la educación, ya que la conducta individual y colectiva juega un papel decisivo en la etiología, tratamiento, prevención de los problema de salud y en su fomento.

BIOCCA (1971) da una definición descriptiva de lo que es educación para la salud indicando que persigue aplicar principios educativos para procurar cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo o la comunidad. Como señalan CUESTA Y LARROSA (1981) la educación para la salud imparte conocimientos con el objetivo de que las personas sientan la necesidad de cuidar de sí, de su familia, de toda la comunidad, llegando a modificar conductas o adquirir nuevos hábitos si fuera necesario, para conservar el estado de salud. Esta educación para la salud va más allá de la simple



información, siendo un proceso educativo sistemático y programado. Los objetivos de la educación para la salud tal como afirma y enumera BIOCCA (1971) tienden a la modificación de conductas en los siguientes aspectos:

- a) Fomento y protección de la salud individual y colectiva.
- b) Utilización adecuada de los servicios disponibles para la recuperación de la salud perdida y cumplimiento de indicaciones.
- c) Rehabilitación y reinserción social rápida.
- d) Protección de la vida en su sentido vital más que temporal.
- e) Apoyo en campañas sanitarias.
- f) Para favorecer el desarrollo de la personalidad y formación de nuevos hábitos para la existencia armónica y feliz.
- g) Colaborar en la destrucción de prejuicios y barreras que impiden la intercomunicación humana.
- h) Acercar al individuo y comunidad a las soluciones científicas que se van incorporando al quehacer cotidiano.

B) Psicosocial: considera que el comportamiento humano de consumo de ciertas sustancias, como las drogas está determinado por las presiones de los grupos de pertenencia y de referencia, por el papel que desempeña el sujeto y por las actitudes; por lo cual una información, no lleva necesariamente a un cambio en el comportamiento, si no cambian los demás componentes, como las actitudes y los hábitos.

Los programas preventivos de esta categoría intentan poner al descubierto factores causales subyacentes, descubriéndose factores psicosociales, como por ejemplo, carencia de cohesión familiar, presiones del grupo, crisis de identidad en la adolescencia, rechazo de la autoridad, alienación, falta de contacto entre adultos y niños, etc.

Se sostiene que es necesario cambiar desde la información al compromiso activo de los participantes en la solución de sus problemas. Pretenden que el objetivo de los programas de prevención debe ser conducir a cada participante, a través de un proceso de autorrealización, hasta que sea capaz de funcionar a pleno rendimiento, interiormente dirigido y con armonía entre sus creencias y acciones. Hacen hincapié en

el fenómeno de la conformidad y de las presiones del grupo y en que parte de la autorrealización es atreverse a ser diferente y mantener una honestidad interna. Estos programas intentan el desarrollo de las dimensiones social, emocional y espiritual del individuo.

C) Sociocultural: desde esta perspectiva, la importancia del inicio y mantenimiento de las conductas farmacodependientes descansan en las estructuras socioeconómicas y en las costumbres, siendo muy difícil cualquier cambio que no modifique previamente dichas estructuras.

D) Un cuarto marco teórico es el de la prevención en la Psicología Comunitaria. Este puede considerarse como un intento de superación de los tres anteriores.

Para ZAX Y COWEN (1972) el supuesto básico de los programas de prevención es que cierta psicopatología se puede originar, al menos en parte, en las instituciones sociales que moldean la conducta. Como se encontrarán poderosos determinantes de la conducta en situaciones comunitarias similares a las que presentan las escuelas, la atención de psicólogos y otros traba

jadores en salud mental debería concentrarse en la manera en que ciertos ambientes sociales fomentan o inhiben la conducta adaptativa. Por lo que el objeto de análisis es una institución social y no sólo el individuo. Algunos ejemplos de psicología preventiva comunitaria se encuentran en los diferentes programas de "enriquecimiento", elaborados para remediar los problemas psicológicos de desadaptación que aparentemente se pueden atribuir a condiciones sociales negativas.

Para DAVISON Y NEALE (1980) la razón de estos programas es que ciertos problemas humanos son una función del hecho de no haber sabido adquirir las habilidades intelectuales y sociales valoradas y ciertamente exigidas por una sociedad más densa.

El Modelo de Competencia de la Psicología Comunitaria asume plenamente el derecho que todo ciudadano tiene de poder desarrollar competencias o habilidades que le capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el stress de una manera adecuada.

Tal como afirman COSTA Y LOPEZ (1982) la Psicología Comunitaria propone un modelo alternativo, Modelo de Competencia, basado en la idea de que la em

presa preventiva y comunitaria no es tanto una lucha contra la patología como una estrategia para la promoción de la salud y de la normalidad, entendiéndose ésta como una dimensión no homogénea constituida por habilidades y destrezas sociales y emocionales, o como un proceso de adquisición de competencias.

## II. EL APRENDIZAJE OBSERVACIONAL.

## II.1. Introducción.

Son muchos los autores que reconocen a la imitación como operación fundamental del aprendizaje.

Para BUGELSKI (1974), la imitación es, probablemente, la más importante y universalmente extendida operación individual practicada en el aprendizaje y en toda la actividad humana. Sin embargo reconoce que ha sido uno de los aspectos menos comprendidos y apreciados por los psicólogos del aprendizaje.

Hoy por supuesto, la situación es completamente distinta, está generalmente admitido que: una gran parte de nuestro repertorio de conductas se forma mediante la imitación. "Si la gran mayoría de nuestras conductas tuvieran que formarse mediante el tedioso sistema de ensayo y error, tanto los padres y los hijos, como los profesores y alumnos estarían exhaustos antes de que se produjera un mínimo progreso. Podemos afirmar que el aprendizaje imitativo o por observación juega un papel muy importante en la adquisición de respuestas tales como manejar un palo de golf, utilizar una sierra eléctrica, añadir palabras a nuestro vocabulario, cambiar de peinado o de forma de vestir etc. Esto se realiza ya que podemos incorporar largas y numerosas cadenas de conductas a nuestro repertorio por el simple procedimiento de observar a



otro cuando emite dichas respuestas" (LIBERMAN, 1976 pág. 123).

BUGELSKI (1974), establece la causa del desdén inicial por la imitación desde una perspectiva conductual en la sentencia de THORNDIKE (1898) de que el aprendizaje sólo puede tener lugar cuando la recompensa sigue al acto, después de la cual casi según por completo la investigación sobre imitación. Para THORNDIKE (1898) es necesario que se actúe primero para ser recompensado después. El hecho de contemplar a otra persona no era realización y por lo tanto no se podía aprender nada.

BANDURA, en la década de sesenta rompe la vieja teoría basada en el refuerzo.

Los datos de un experimento de BANDURA Y WALTERS (1974) indican claramente que la adquisición de respuestas imitativas resulta primordialmente de la contigüidad de fenómenos sensoriales, mientras que las consecuencias de las respuestas para el modelo o el observador sólo adquieren una importancia fundamental cuando se ejecutan respuestas aprendidas por imitación.

Unos niños observan a un modelo fílmico que exhibía cuatro

respuestas agresivas nuevas, acompañadas de verbalizaciones distintivas. En una situación del experimento, al modelo se le castiga severamente; en la segunda se le recompensa generosamente aprobando su conducta y proporcionándole refuerzos alimenticios; mientras que en la tercera situación la respuesta no tenía consecuencias para el modelo. Durante el periodo de adquisición los niños no ejecutaban ninguna respuesta manifiesta ni recibían ningún refuerzo directo; por lo tanto todo el aprendizaje conseguido sería sobre bases puramente observacionales o vicarias. Tras la exposición se comprobó mediante una prueba, que el refuerzo vicario diferencial había producido diversos grados de conducta imitativa. Los niños de la situación modelo castigado efectuaron significativamente menos respuestas de imitación que los niños de los otros dos grupos. Además, los niños dieron más respuestas de imitación que las niñas, con unas diferencias especialmente notables en la situación de modelo castigado. Luego el estudio dió un paso más, en los tres grupos se les ofrecieron a los niños atractivos incentivos si reproducían la respuesta del modelo. Esto suprimió por completo las diferencias de ejecu-

ción que se observaron previamente, manifestandose una cantidad equivalente de aprendizaje en los niños de la situación castigada, de la del modelo recompensado y sin consecuencias para la respuesta. De igual modo se redujo sustancialmente la diferencia entre los dos sexos.

Lo importante en este caso es que el niño puede aprender a través de aquello que vé, de aquello que se le muestra. Sin la necesidad imperante de que lo ejecute. De esta forma una gran aportación de BANDURA a la teoría de la conducta ha sido la de mostrar que puede haber aprendizaje sin ejecución inmediata de respuestas por parte del sujeto y, por tanto, sin mediación del refuerzo externo.

La mera observación de un modelo que exhibe un comportamiento es suficiente para que el observador pueda aprender ese comportamiento.

De las experiencias de modelado pueden resultar cambios conductuales notables y a veces verdaderamente impresionantes. Para SARASON (1975) "la observación de que alguien emite un tipo particular de respuesta puede influir en un individuo, por el solo hecho de notar ahora que esa respuesta puede hacerse" (pág. 97)

El hecho de que se puedan incluir respuestas nuevas que no estaban con anterioridad en el repertorio conductual del sujeto es de gran importancia, pues en los procedimientos de condicionamiento operante basados en el reforzamiento contingente dependen, para que sean eficaces, de que las respuestas que se van a fortalecer se emitan, al menos en una forma que se aproxime en mayor o menor grado a la forma final que se desee.

Este tipo de aprendizaje ha recibido varios nombres, se le ha llamado aprendizaje imitativo, dado que una de las conductas más características de las que se ocupa es la imitación. Se le ha denominado aprendizaje vicario dado que los sujetos no tienen una experiencia directa sino mediatizada a través del modelo. Puesto que no requiere la realización de ninguna acción motora, se le ha denominado aprendizaje sin intentos. Al tratarse del estudio acerca de la influencia que posee el modelo para el sujeto que observa, se le ha denominado aprendizaje observacional. BANDURA, uno de los autores más destacados sobre el tema así como los términos aprendizaje observacional, vicario y aprendizaje social.

El aprendizaje observacional es un intento de ampliar los principios de aprendizaje del comportamiento para abarcar los aspectos característicamente humanos de los individuos y de su ambiente social.

El principal problema a considerar es el análisis de los efectos que en el desarrollo de nuevas actitudes y habilidades tiene el hecho de exponer a un individuo ante el comportamiento de otros.

Como decíamos antes, es a partir de 1963, con la aparición de la obra de BANDURA Y WALTERS "Social Learning and Personality Development" y las investigaciones que desde entonces vienen desarrollando, fundamentalmente, BANDURA y colaboradores, cuando pasa a primer plano en la investigación psicológica la atención dedicada al aprendizaje imitativo y procesos vicarios, casi relegados al olvido durante mucho tiempo.

El interés demostrado por estos procesos vicarios, cuyo supuesto fundamental establece que

"todo fenómeno de aprendizaje resulta de experiencias que se producen sobre una base vicaria por medio de la observación de la conducta de otra persona y de las consecuencias que la conducta ha tenido para ella", (BANDURA, 1969), se traduce manifiestamente en el numeroso volumen de investigación desarrollado para esclarecer y delimitar la estructura y funcionalidad de los procesos vicarios, en la adquisición de nuevas pautas de conducta y modificación de las ya existentes en el repertorio conductual del individuo.

Además, la aceptación en la Teoría del Aprendizaje de los principios del Aprendizaje Social, devolvió al terreno de la psicología, y más en concreto al de los fenómenos de aprendizaje, uno de los supuestos dejado de lado en aquellos años, el de los procesos cognoscitivos, entendiendo por aprendizaje "aquella modificación relativamente estable de la conducta que se adquiere en el ejercicio de ella... siempre que entendamos que de la conducta forman parte esencial los procesos cognoscitivos centrales" (PINILLOS, 1975, pág:372), y sobre todo si tenemos presente que se trata de un aprendizaje social en seres humanos.

Con frecuencia se han criticado las extrapolaciones de los principios básicos de condicionamiento como operaciones de tratamiento y como forma de entender el comportamiento humano, pues se dice que son manifiestamente simplistas y mecanicistas, demasiado restringidas al confiar en los modelos de investigación de laboratorio realizados con animales y en extremo centradas en los comportamientos y las variables independientes que examinan.

Es a mediados de este siglo, cuando autores teóricos del aprendizaje empiezan a observar una serie de deficiencias de un método herméticamente cerrado para aplicarlo a problemas de conducta social y desviada.

"Durante los últimos cincuenta años la mayoría de los psicólogos orientados a la investigación han favorecido los enfoques del desarrollo de la personalidad, la conducta desviada y la psicoterapia desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje. Pero, en términos generales, estas conceptualizaciones han sido poco efectivas para explicar los procesos por los que se adquiere y modifica la conducta social. En realidad la mayoría de las aplicaciones anteriores de la teo

ría del aprendizaje a problemas de conducta social y desviada (BIJOU Y BAER, 1961; DOLLARD Y MILLER, 1950; LUNDIN, 1961; ROTTER, 1954; SKINNER, 1953) adolecían de atenerse excesivamente a una gama limitada de principios basados en estudios de aprendizaje animal o humano en situaciones individuales y sustentados fundamentalmente por ellos. Para explicar adecuadamente los fenómenos sociales, es necesario ampliar y variar estos principios, e introducir otros nuevos ya establecidos y confirmados mediante estudios de la adquisición y modificación de la conducta humana en situaciones diádicas y de grupo (SEARS, 1951)". (BANDURA y WALTERS, 1974, pág. 15).

BANDURA Y WALTERS (1974) afirman que donde se manifiesta de forma más clara la debilidad del enfoque del aprendizaje que desestima la influencia de las variables sociales, es en su tratamiento de la adquisición de respuestas que no estaban anteriormente en el repertorio del sujeto, en las respuestas nuevas, problema que consideran crucial para cualquier teoría del aprendizaje.

Podemos ver, por ejemplo, la teoría de RO-



TER (1954), según la cual la posibilidad de que ocurra una conducta dada en una situación particular está determinada por dos variables, por una parte la apreciación subjetiva de la probabilidad de que se refuerce la conducta en cuestión, y por otra el valor del refuerzo para el sujeto. Esto presupone la existencia de una jerarquía de respuestas que tenderán a darse en las diferentes situaciones con diversos grados de probabilidad. Todo esto, convierte a esta teoría, completamente inadecuada para explicar una respuesta que todavía no se ha aprendido y por lo tanto tiene un valor cero de probabilidad. A este respecto, BANDURA Y WALTERS (1974) dan un ejemplo donde, evidentemente, la introducción de una importante variable social -un modelo de verbalización- es un aspecto indispensable del proceso de aprendizaje. Esto ocurriría en el caso de un niño que no sabiendo un idioma determinado, nunca emitiría una frase en este idioma por "expectación", aunque la probabilidad de refuerzo sea de un 100 % y muy atractivo el refuerzo eventual.

Vemos así, que aunque ésta teoría puede ser adecuada para predecir la aparición y modificación de

pautas de conducta aprendidas previamente, tiene poco impacto en las teorías del aprendizaje social, de la conducta social, ya que las variables dependientes de los experimentos nacidos de este enfoque no se referían en general a respuestas sociales. En gran parte la experimentación se ha limitado a las proposiciones sobre la expectación y las condiciones que llevan a su modificación, generalización y extinción, pero sin intentar relacionar la variable de expectación con la conducta social que debería dilucidar una teoría del aprendizaje social.

Otras explicaciones de la adquisición de respuestas que no tenía el sujeto suelen limitarse a describir la modificación de la conducta basándose en principios del aprendizaje operante a través de aproximaciones sucesivas. Este procedimiento se ha empleado muy frecuentemente en psicología clínica -en modificación de conducta o terapia de conducta- y es sin duda uno de los más importantes principios de aplicación terapéutica. "Modelar implica trabajar de forma gradual, hasta la consecución de un objetivo específico, reforzando los pasos sucesivos que se van experimentando y aproximando al objetivo. Este método llamado

condicionamiento por aproximaciones sucesivas, se emplea para desarrollar conductas deseables que aún no están en el repertorio del paciente. El terapeuta tiene que aprovechar las conductas disponibles, e ir las moldeando para que cada una se parezca más al producto final deseado, sacando provecho de la variabilidad y regularidad de las conductas sucesivas. El proceso de moldeado implica el reforzamiento de las respuestas seleccionadas que se aproximen al objetivo deseado y el no reforzamiento de las que no vayan en esa dirección" (LIBERMAN, 1976, pág. 69).

Encontraremos más explicaciones sobre la conducta operante en la adquisición de respuestas nuevas en (BIJOU Y BAER, 1975; SKINNER, 1977). Se observa entonces, que los procedimientos de condicionamiento operante pueden ser efectivos, sobre todo si el aprendiz ya dispone en su repertorio de los estímulos que provocan respuestas parecidas en algo a la conducta deseada. Pero no es probable que pudiesen adquirirse muchas de las respuestas que emiten casi todos los miembros de nuestra sociedad si el adiestramiento social procediese sólo por aproximaciones sucesivas. La provisión de modelos sociales, por imitación puede

acortar considerablemente el proceso de adquisición.

El surgimiento reciente del trabajo en este campo del aprendizaje social, si bien las bases experimentales y teóricas se pueden situar fácilmente en los comienzos de la psicología moderna, refleja quizá diversas influencias, que F.H.KANFER Y J.S.PHILLIPS (1976) resumen en:

- a) insatisfacción con las aplicaciones terapéuticas de los modelos de condicionamiento, lo cual brevemente se ha considerado;
- b) aspiraciones de incluir fenómenos sociales más complejos en los sistemas explicativos de teorías de aprendizaje del comportamiento, en contraposición con otros modelos;
- c) reconocimiento de que las capacidades humanas requieren una consideración especial, y
- d) confluencia de las fuentes de interés en fenómenos relacionados dentro de la psicología social, evolutiva, clínica y del aprendizaje.

Para estos autores, los repetidos esfuerzos por aplicar la teoría del aprendizaje a la modificación del comportamiento humano en educación, psicoterapia y educación de niños, han tenido en la mayoría de los casos muchas limitaciones inevitables, debidas a la

restricción de los datos de laboratorio de los que han surgido los modelos E - R de aprendizaje. La capacidad humana del lenguaje y pensamiento proporcionan capacidades comportamentales que sobrepasan el simple condicionamiento. Así mismo estas habilidades sociales y verbales también capacitan al individuo para beneficiarse con las experiencias de aprendizaje de sus semejantes, aún cuando no esté formalmente en una situación de aprendizaje. "La adquisición de comportamientos intelectuales, sociales y morales y, de hecho, la mayoría de los que convierten a un niño en miembro de la sociedad, no se explican fácilmente en términos de aprendizaje. Estas situaciones complejas de aprendizaje social no se pueden describir como controladas exclusivamente por aparejamientos EC - EI en la primera infancia; ni se puede sostener que las consecuencias contingentes sean totalmente responsables de las muchas respuestas que se ejecutan durante el inicio del desarrollo del individuo" (KANFER Y PHILLIPS, 1976, pág. 214).

## II.2. Teorías y paradigmas de la imitación.

## II.2. Teorías y paradigmas de la imitación.

Existen como hemos visto otras teorías que desde posiciones diferentes a las de BANDURA, tratan de explicar científicamente los fenómenos de la imitación, los procesos que circunscribe el Aprendizaje Social u Observacional.

Vamos a presentar en forma resumida y ordenada las teorías a las que antes hicimos referencia, con el fin de establecer el contexto adecuado para un más correcto entendimiento de la Teoría del Aprendizaje Observacional desde la perspectiva del Aprendizaje Social (Bandura y colaboradores), para esto consideramos en primer lugar, sus estructuras básicas y, en segundo lugar, los paradigmas que con más frecuencia se han utilizado.

### (1) Teorías.

#### - Teoría instintivista.:

Los primeros en formular una teoría sobre la imitación considerandola como un instinto, una propensión innata fueron MORGAN (1896), TARDE (1903) y Mc. DOUGALL (1908), tanto en la teoría como en la práctica

quedó relegado a un mero supuesto, no realizándose investigaciones empíricas sobre este proceso de aprendizaje y las variables que en él influyen.

-Teorías de condicionamiento asociativo y clásico:

Varios autores, entre los que se encuentran, HUMPHREY (1921), ALLPORT (1924), HOLT (1931) y GUTHRIE (1952), estimaban que la condición suficiente para que se produzca aprendizaje observacional era la contigüidad temporal entre los estímulos de modelado y la respuesta imitativa. Sin embargo, aunque esta es una condición necesaria para la ocurrencia de aprendizaje en algunas situaciones, no es además suficiente para explicar el aprendizaje observacional de conductas que no existen anteriormente en el repertorio conductual del observador. Tampoco ofrece esta teoría una explicación completa de los procesos psicológicos básicos que dan cuenta de la aparición de la conducta imitativa.

-Teorías del refuerzo y condicionamiento instrumental:

En este enfoque, la explicación de la aparición de aprendizaje observacional recae en el refuerzo



de la conducta imitativa.

MILLER Y DOLLARD (1941) postularon que la condición suficiente para la presentación de conducta imitativa incluía, por una parte, un sujeto motivado a reproducir la conducta y, por otra, el refuerzo positivo de esta conducta imitativa durante un cierto número de ensayos. Estos autores llevaron a cabo una serie de estudios utilizando el paradigma de conducta-repetitiva-dependiente, demostrando que los sujetos aprendían realmente a imitar a sus respectivos modelos y generalizar respuestas de adaptación a nuevas situaciones, a modelos nuevos y a diferentes estados motivacionales. Estos experimentos, en realidad, representan un caso de aprendizaje discriminativo, en el cual, la conducta del modelo actúa como indicio discriminativo para las respuestas que ya existen en el repertorio conductual del sujeto indicando la conveniencia o no conveniencia de realizar tal conducta en base a las consecuencias que de ella se derivan.

Ya que el paradigma de refuerzo para el aprendizaje observacional requiere que el sujeto ejecute la respuesta imitativa, antes de haberla aprendido, la teoría de MILLER Y DOLLARD no puede explicar la adqui-

sición de nuevas pautas de conducta por medio de este proceso.

SKINNER (1977), BAER Y SHERMAN (1964) y GEWIRTZ Y STINGLE (1968), también están dentro de este apartado considerando el refuerzo como condición necesaria para que se produzca aprendizaje por observación. El acercamiento del condicionamiento instrumental a los fenómenos de modelado se apoya enteramente sobre un paradigma de tres componentes:  $S^d$ ----R---- $S^r$ ; donde  $S^d$  indica el estímulo de modelado, R representa la respuesta del sujeto y  $S^r$  indica el estímulo de refuerto. Excepto por lo que respecta a la supresión del componente motivacional, la interpretación skinneriana contine las mismas condiciones necesarias para que se produzca la imitación (esto es: indicio, respuesta y refuerzo) propuestos originalmente por MILLER Y DOLLARD. El aprendizaje observacional se presume que se consigue mediante un proceso de refuerzo diferencial. Cuando la conducta imitativa se ha reforzado positivamente y las respuestas no imitativas o bien no son recompensadas o son castigadas, la conducta de los demás adquiere el papel de estímulo discriminativo para las respuestas de imitación.

Es difícil ver cómo se puede aplicar este esquema al aprendizaje observacional que se desarrolla sin una ejecución manifiesta de las respuestas del modelo durante la fase de adquisición, sin refuerzos administrados al modelo ni al observador, y en el que la primera aparición de la respuesta adquirida puede retrasarse durante periodos de tiempo más o menos largos. En este último caso, que representa una de las formas más habituales de aprendizaje social, dos de los elementos del paradigma de tres componentes están ausentes: la respuesta y el refuerzo; y el tercer elemento: estímulo de modelado, generalmente tampoco está presente cuando se ejecuta la respuesta aprendida por medio de observación.

Al igual que la teoría de MILLER Y DOLLARD, la interpretación skinneriana explica de qué forma la ejecución de respuestas imitativas ya establecidas se facilita por medio de estímulos sociales y consecuencias de refuerzo, sin embargo, no explica adecuadamente el proceso de adquisición en si mismo de nuevas pautas de conducta por medio de observación.

-Teoría de feedback afectivo.

MOWRER (1960) desarrolló una teoría explicativa sobre la imitación que acentúa el condicionamiento clásico e instrumental de emociones positivas y negativas. En el primer caso el modelo presenta la conducta y experimenta las consecuencias de refuerzo. Se asume que el observador recibe la experiencia de forma empática de los concomitantes sensoriales de la conducta del modelo y también intuye sus ventajas e inconvenientes. Por este proceso condiciona sus respuestas emocionales a la conducta percibida. Como consecuencia de este condicionamiento vicario el observador estará predispuesto a reproducir las respuestas imitativas si van acompañadas de un feedback sensorial positivo.

En el segundo caso, o condicionamiento instrumental vicario, el modelo presenta una respuesta y al mismo tiempo el observador es recompensado. Por medio de la asociación contigua repetida de la conducta del modelo con experiencias gratificantes, estas respuestas llegan a adquirir un valor de refuerzo secundario para el observador, y sobre la base de generalización de estímulos, el observador puede después,

por medio de experiencias de feedback automeforzante ir produciendo tan exactamente como le sea posible las conductas del modelo valoradas positivamente.

El análisis de la imitación llevado a cabo por MOWRER, está relacionado con la manera en que las respuestas adquieren cualidades emocionales positivas o negativas, pero no explica los mecanismos de adquisición de pautas de conducta por un proceso de aprendizaje observacional cuando no se administra refuerzo al modelo o al observador.

Otra dificultad surge cuando consideramos que la mayoría de las respuestas adquiridas por observación no poseen valencias afectivas, por lo tanto difícilmente podremos explicar su aparición apelando al proceso descrito antes.

## (2) Modelos de investigación.

Siguiendo fundamentalmente a KANFER Y PHILLIPS (1976) podemos establecer una serie de modelos de investigación o paradigmas de los que, en mayor o menor medida, participan las teorías anteriores.

-Paradigma de la imitación dependiente.

Es el tipo más simple de imitación, el procedimiento experimental consiste en la observación de la conducta de un modelo por parte del observador y refuerzo positivo por la reproducción exacta de la conducta observada. En este no entran en juego los indicios particulares a los que ha respondido el modelo ni las consecuencias que acompañan a la conducta del modelo, en realidad se trata de la simple copia de la conducta observada.

La respuesta del modelo actúa solo como un estímulo discriminativo para una clase específica de respuestas del sujeto.

Este procedimiento es más efectivo cuando la respuesta resulta fácil de imitar y no se requiere práctica para una correcta ejecución.

Este tipo de entrenamiento en la imitación, se ha utilizado con éxito para establecer lenguaje y conductas sociales en niños autistas y adultos esquizofrénicos funcionalmente mudos, LOVAAS, FREITAS, NELSON Y WHALEN (1967). Las variables que controlan este proceso de aprendizaje están relacionadas principalmente con: relación entre modelo y observador -status so

cial, étnico, de edad, sexo, etc., del modelo, atracción personal del modelo sobre el observador, relaciones afectivas entre ambos, etc.-; falta de indicios contradictorios en los ensayos; magnitud del refuerzo; generalización entre la presencia de modelos similares, etc. Este paradigma es el más apropiado para que el observador de una obediencia ciega, pues cuando más se le refuerce para adaptarse al modelo, menos necesita aprender nuevas habilidades.

-Paradigma de identificación.

Con frecuencia se ha utilizado el término identificación para caracterizar una relación especial entre una persona y un modelo que implica no sólo imitación de una respuesta específica sino también incorporación de reacciones emocionales, sistemas de referencia y valores morales.

BANDURA Y HUSTON (1961) utilizan el término identificación para referirse a la adquisición de conducta incidental por parte del observador cuando es expuesto a la demostración de una determinada conducta por parte de un modelo.

El aprendizaje observacional puede extender

se más allá de las respuestas específicas presentadas por el modelo para incorporar el estilo personal del mismo modelo, cuando se presenta este tipo de aprendizaje incidental es cuando se puede hablar de identificación.

La identificación desde el punto de vista del aprendizaje social se refiere al hecho de que una persona modele sus pensamientos, sentimientos o acciones a partir de la observación de otra persona que actúa como modelo.

Las variables relacionadas con este tipo de aprendizaje son: interacciones afectivas gratificantes entre observador y modelo, envidia de status, poder social del modelo, semejanza percibida del observador con el modelo, etc.

-Paradigma del coaprendizaje.

La situación de coaprendizaje se caracteriza por la facilitación de una tarea debida a la presencia de otro individuo que está ocupado activamente en la misma tarea que el sujeto experimental.

El procedimiento consiste en instruir a los sujetos para que dirijan su atención hacia la tarea de



aprendizaje. Este paradigma representa una situación encontrada frecuentemente en aprendizaje social en la que una persona que realiza una tarea determinada se beneficia de la observación de otra persona ocupada en la misma tarea. Se diferencia del aprendizaje imitativo dependiente por el hecho de que el observador puede ser expuesto a respuestas correctas o incorrectas del modelo y no se le proporciona refuerzo por imitar la forma exacta de la respuesta observada.

El interés de la aplicación de estos procedimientos se basa principalmente en el estudio de la influencia de diferentes parámetros -número de veces que realiza la demostración, demostraciones con o sin errores, información apropiada. etc-, sobre la adquisición por parte del observador de una conducta similar a la realizada por el modelo, ya que en este paradigma el aprendizaje vicario no depende únicamente ni de forma exclusiva de la imitación estricta de la respuesta del modelo.

Otras variables relacionadas con la facilitación de una tarea mediante la observación del modelo son la competencia manifiesta del modelo, disposición del observador para atender la conducta del mode

lo, nivel de autoestima del observador, competencia del observador, etc.

-Paradigma del condicionamiento vicario.

La observación de pautas emocionales presentadas por un modelo puede llegar a condicionar estas mismas pautas en el observador y ser reforzadas después por la propia experiencia del sujeto.

BERGER (1962) definió este fenómeno como "instigación vicaria" y se trata en definitiva de que el observador responda emocionalmente a la observación de una respuesta emocional incondicionada de otra persona. La forma particular de respuesta en el observador puede ser idéntica o desigual a la respuesta del modelo.

El condicionamiento emocional vicario puede tomar la forma de un condicionamiento clásico o instrumental. En el primer caso la demostración de un respondiente condicionado vicariamente requiere varios casos: 1) se debe demostrar que el contexto estimular de la situación observada es suficiente para elicitar una respuesta emocional en el observador, 2) debe igualmente demostrarse que el arousal afectivo vicario instiga

do de esta forma es condicionable a un estímulo condi cionado, 3) y finalmente, la respuesta emocional debe presentar otras propiedades de conducta aprendida, ta les como la continuación de su fuerza durante algún tiempo después de la retirada del refuerzo.

Con relación al segundo caso, es importante estudiar si tales respuestas emocionales facilitan el aprendizaje vicario de conductas instrumentales en un modelo con el que el sujeto comparte la respuesta emo cional.

Las variables más importantes en relación con este proceso son el nivel de arousal del observa dor, interpretación de la experiencia observada por parte del sujeto, grado de realidad de la exposición al modelo y características personales del modelo y del observador.

II.3. Aprendizaje observacional desde la perspectiva  
del Aprendizaje Social.

### II.3. Aprendizaje observacional desde la perspectiva del Aprendizaje Social.

Las formulaciones teóricas que hemos visto anteriormente explican de forma satisfactoria el control de las respuestas imitativas previamente aprendidas; sin embargo, fallan al querer explicar cómo se adquieren nuevas respuestas por medio de la observación, particularmente en aquellas situaciones en las que el observador no realiza de forma manifiesta las respuestas del modelo durante la fase de adquisición, no se administran refuerzos al observador y a veces tampoco al modelo, y la primera aparición de la respuesta adquirida puede retrasarse durante días, semanas o meses.

BANDURA (1965) ha aplicado el paradigma de modelo de aprendizaje sin ensayo a varios estudios en los cuales un observador adquiere nuevas asociaciones E - R, aún cuando no haya una oportunidad explícita para ensayar el comportamiento ni una consecuencia obvia reforzante de aquél de índole imitativa.

BANDURA, ROS Y ROS (1963) probaron la hipótesis de que los niños que observan modelos que reali

zan comportamientos agresivos, incrementaban sus comportamientos agresivos ante una futura frustración moderada.

En el estudio anterior los niños no observaron consecuencias reforzantes de los comportamientos agresivos del modelo; en otro, realizado con preescolares, BANDURA, ROS Y ROS (1963) presentaron a algunos grúpes modelos agresivos que recibían castigo o recompensa por su comportamiento. Los niños que habían observado un modelo agresivo castigado mostraron menos agresividad imitativa que los que lo vieron reforzado, de este modo, observar un comportamiento recompensado tiende a mejorar la imitación, y observar consecuencias aversivas tiende a inhibir aquélla. Los resultados de estos experimentos sugieren que la observación puede afectar la cantidad y la calidad de los comportamientos en situaciones que se asemejen a las observadas.

BANDURA (1965) propone una teoría de contigüidad para el aprendizaje de observación. Concede un papel importante a los mediadores representativos, que se asume se adquieren sobre la base de un proceso de aprendizaje por contigüidad. Los eventos perceptuales

simbólicos y sensoriales poseen propiedades de señal que ulteriormente sirven de estímulos discriminativos para las mismas respuestas abiertas que se han observado; en esta forma, el observador aprende a asociar ciertas respuestas con las condiciones observadas. Estas asociaciones, sin ejecución del comportamiento real, proporcionan las bases de la imitación cuando el observador se encuentra en la misma situación en que ha estado el modelo y cuando se encuentra suficiente motivado para actuar.

De acuerdo con las formulaciones de BANDURA, el aprendizaje observacional implica dos sistemas de representación, uno imaginativo y otro verbal. Después que los estímulos de modelado han sido codificados en imágenes o palabras para su representación en la memoria, funcionan como mediadores para la recuperación, actualización y reproducción de las pautas de conducta modeladas.

Se asume que la formación de imágenes se produce por medio de un proceso de condicionamiento sensorial; esto es, durante el periodo de exposición el estímulo de modelado elicitaba en los observadores respuestas perceptivas que llegan a asociarse secuen

cialmente e integrarse centralmente en base a la contigüidad temporal de la estimulación. Si las secuencias perceptivas son elicitadas repetidamente, el estímulo adquiere la capacidad de evocar imágenes de los fenómenos estimulares asociados aún cuando no estén físicamente presentes. En el transcurso de la observación, los fenómenos perceptivos transitorios producen imágenes recuperables, relativamente permanentes, de las secuencias de la conducta modelada. Después, la actualización de los mediadores imaginativos actúan como guía para la reproducción de las respuestas imaginativas.

El segundo sistema representativo, que probablemente da cuenta de la notable rapidez de aprendizaje por observación y la retención a largo término de los contenidos de modelado, implica la codificación verbal de los fenómenos observados. La mayor parte de los procesos cognitivos que regulan la conducta son ante todo verbales más que visuales -por ejemplo, el camino seguido por un modelo puede adquirirse, retenerse y posteriormente reproducirlo con más exactitud por codificación verbal de la información visual en una secuencia de turnos derecha-izquierda-izquierda-derecha



cha-izquierda-izquierda que por dependencia de las imágenes visuales del itinerario-.

Después que las secuencias modeladas de respuesta se han transformado en símbolos verbales realmente utilizables, las ejecuciones posteriores pueden ser controladas efectivamente por autodirecciones verbales latentes. BANDURA, GRUSEC Y MENLOVE (1966).

BANDURA (1965) realizó una investigación en la que utilizó un procedimiento sin adquisición de respuesta, los resultados indicaron que la organización de elementos conductuales dentro de nuevas pautas parecidas a los componentes de estímulo modelados puede producirse a nivel central sin necesidad de que exista una respuesta motora.

Las asociaciones que se establecen, sin ejecución del comportamiento real, proporcionan las bases de la imitación cuando el observador se encuentra en la misma situación en que ha estado el modelo y cuando se encuentre suficientemente motivado para actuar. BANDURA establece que: "en esta forma, en esta clase de adquisición de respuesta, las representaciones imaginarias y verbales de los estímulos a modelar constituyen los productos permanentes del aprendizaje de

experiencias de observación" (BANDURA, 1965; pág. 47).

Por otra parte también afirma que lo que se aprende durante la observación no es un conjunto de respuestas simples altamente específicas, sino uno, general, de representaciones imaginarias y verbales, las cuales pueden ser alteradas para acomodarse a condiciones del estímulo ligeramente diferentes.

La presente teoría asume, que la contigüidad estimular es condición necesaria, pero no suficiente para la adquisición y puesta en práctica de pautas modeladas de conducta. Para esto son necesarias complejas interacciones de numerosos procesos. Según esta teoría, las pautas de adquisición de la conducta modelada estarían controladas principalmente por procesos de atención y retención, mientras que la ejecución de las respuestas estarían reguladas por procesos de reproducción motora y procesos motivacionales y de refuerzo.

#### Procesos del Aprendizaje Observacional.

##### Procesos de atención:

La presentación de estímulos de modelado a un observador, por sí misma, no determina la adquisi-

ción de la conducta imitativa, ya que el observador puede no prestarle atención o, si se la presta no percibir los aspectos más relevantes para la producción de tales respuestas.

La adquisición de la conducta imitativa está relacionada fundamentalmente con una serie de variables de control de la atención, que determinan en última instancia, qué estímulos de modelado se observaron y cuales no se observaron.

Como afirma PELECHANO (1980) se considera esencial la focalización de un set atencional para la adquisición de las conductas imitativas; con el fin de que el observador discrimine entre claves relevantes e irrelevantes de la conducta del modelo.

Las variables que inciden de forma positiva en el rendimiento son tanto aquellas que se refieren a las propiedades de la estimulación como tal: por ejemplo: intensidad, viveza, novedad; a las del modelo: sexo, status, poder; como a ciertas características del observador: autoestima, nivel de competencia, status, sexo.

#### Procesos de retención.

La retención de la conducta modelada puede

ser facilitada por la repetición activa de la conducta presentada por el modelo. Pero en el aprendizaje observacional el caso más frecuente es aquél en el que el observador realiza ésta observación de manera pasiva, sin repetir de forma manifiesta la conducta; y sin embargo es capaz de reproducirla en otra ocasión, incluso después de transcurrir un periodo largo de tiempo, sin que esté presente el modelo y sin que éste o el observador hayan sido reforzados alguna vez por realizarla.

BANDURA (1974) explica el aprendizaje en estas circunstancias basandose en la interacción de dos sistemas de representación que actúan clasificando, codificando la conducta observada en esquemas fácilmente recordables:

- 1.- Sistema de codificación imaginativa que transforma las respuestas de la secuencia modelada en imágenes.
- 2.- Sistema de codificación verbal que traduce estas mismas respuestas en códigos o etiquetas verbales.

Se trataría pues como afirman LUNA Y BERMUDEZ (1979) del pilar básico de la teoría de BANDURA.

### Procesos de reproducción motora.

Son imprescindibles para la puesta en práctica de las respuestas aprendidas. Están relacionados con dos tipos de variables: la propia capacidad física de los individuos y los procesos simbólicos, enumerados en el apartado anterior, que guían la reproducción diferida de la conducta.

Como afirma PELECHANO (1980) estos procesos se encuentran dirigidos fundamentalmente, por los indicios interpretativos que posee el sujeto desde los sistemas de mediación representacional y no existe, para BANDURA una primacía de los estímulos ambientales.

### Procesos motivacionales y de refuerzo.

Los procesos motivacionales posibilitan la transformación del aprendizaje en actuación. Cuando en una situación de aprendizaje observacional existen condiciones de incentivo desfavorables sobre la conducta presentada por el modelo, esta conducta, pese a haber sido aprendida y retenida por el observador, es muy difícil que se ejecute; por el contrario, si estos incentivos son positivos, el aprendizaje se transforma inmediatamente en ejecución.

II.4. Aplicación de los principios del aprendizaje  
observacional a la modificación de conducta.

II.4. Aplicación de los principios del aprendizaje observacional a la modificación de conducta.

En los últimos años se ha desarrollado un gran volumen de investigación, inicialmente por BANDURA y colaboradores y posteriormente por otros muchos autores, sobre la aplicación de los principios del aprendizaje observacional a la modificación de conducta.

Bajo el supuesto de que todo fenómeno de aprendizaje que se produce por experiencia directa puede obtenerse igualmente de forma vicaria, se han desarrollado una serie de técnicas diferentes derivadas de los principios del aprendizaje observacional, que se aplican para obtener cambios en el comportamiento.

BANDURA (1974) establece que las influencias del modelado pueden producir tres tipos diferentes de efectos en los observadores:

- 1.- Los observadores pueden adquirir nuevas pautas de conducta que no estaban previamente en su repertorio, efecto de modelado.
- 2.- La observación de modelos puede fortalecer o debilitar las respuestas inhibitoras; estos efectos inhibi-

torios y desinhibitorios aparecen en estudios en los que las respuestas provocadas existen ya en el repertorio del sujeto.

3.- La conducta de los otros puede actuar también como estímulo discriminativo para los observadores, efecto que facilita la presentación de respuestas ya existentes del mismo tipo que las presentadas por el modelo.

Así pues, los principios del Aprendizaje Observacional se han aplicado a tres objetivos: adquisición de nuevas pautas de conducta, facilitación de repertorios de conducta ya existentes en el sujeto y efectos inhibitorios y desinhibitorios sobre conductas indeseables o no adaptativas.

El efecto de modelado como señala PELECHANO, (1980) es un efecto de importancia central para aceptar la admisión del "aprendizaje observacional" como proceso de aprendizaje, puesto que trata de demostrar que, mediante la exposición ante modelos, los observadores pueden adquirir nuevos modos de respuesta.

La idea básica de los efectos inhibitorios y desinhibitorios es que la contemplación de modelos que son recompensados por los actos que realizan, desinhiben estas respuestas, existentes ya en el repertorio del su



jeto, en el observador, mientras que si la realización de esas respuestas por el modelo son castigadas, el observador inhibe esas respuestas.

En tercer lugar, los efectos facilitadores hacen mención a la facilitación de respuestas hechas por un modelo, sin que estas respuestas sean recompensadas o castigadas.

Son muchas las técnicas que se han utilizado, siendo muy distintos los rótulos que se han empleado para referirse a estos procedimientos. LUNA Y BERMUDEZ (1979) resumen en cuatro el número de técnicas más empleadas: el modelado gradual, el modelado con reproducción reforzada, el modelado participativo y el modelado encubierto.

Como señalan RIMM Y MASTERS (1980) son muchas las aplicaciones del modelado que implican la participación del cliente en la conducta modelada inmediatamente después de la demostración. Los términos modelamiento graduado, modelamiento guiado y modelamiento guiado con reforzamiento, se utilizan generalmente para describir los procedimientos para la adquisición o facilitación de nuevas respuestas, mientras que los de modelamiento participante y desensibilización de contacto se reservan

para describir los procedimientos que tratan el miedo, la ansiedad y las conductas de evitación.

Siguiendo básicamente a LUNA Y BERMUDEZ (1979) vamos a describir brevemente las características más sobresalientes de las principales técnicas de modelado utilizadas.

1.- Modelado gradual. El procedimiento básico de esta técnica consiste en exponer al observador secuencias gradualmente progresivas de modelado por parte del modelo hasta alcanzar el grado de conducta final deseado.

Esta técnica se ha utilizado principalmente para producir extinción vicaria de miedos, inhibiciones y otras conductas de evitación. Se trataría pues de exponer al observador a secuencias de modelado en las que el modelo desarrolla la conducta temida sin que experimente consecuencias adversas, empezando por la observación de respuestas con bajo valor de activación, para ir avanzando a situaciones más aversivas, que se supone que están debilitadas por generalización de la extinción de la ansiedad en las secuencias precedentes.

Esta técnica se ha mostrado muy eficaz en la producción de cambios de conducta (BANDURA , ROSS Y ROSS, 1963 ; BANDURA, BLANCHARD Y RITTER, 1969; HILL, LIEBERT

Y MOTT, 1968; SPIEGLER, LIEBERT, McMAINS Y FERNANDEZ, 1969).

2.- Modelado con reproducción reforzada. Esta técnica se caracteriza por ir presentando subunidades de conducta modelada, siguiendo a cada una de ellas la invitación al sujeto para que desarrolle la pauta modelada, reforzando la reproducción correcta, de forma que se pueda conseguir la implantación de comportamientos cada vez más complejos.

Esta técnica fue desarrollada por LOVAAS y colaboradores (1966) en su trabajo con niños autistas.

3.- Modelado de participación. En este procedimiento se empieza presentando repetidamente la conducta a modelar, provocando que, en aproximaciones sucesivas, el observador se vaya introduciendo y participando en la ejecución de la conducta modelada. Después de las demostraciones, el observador dispone de la guía necesaria y oportunidades amplias para poner en marcha la conducta aprendida bajo condiciones favorables en cada paso hasta que la pueda ejecutar con habilidad.

4.- Modelado encubierto. Para CAUTELA (1977) este procedimiento consiste en pedir al sujeto que imagine una

escena en la que una persona (modelo) desarrolla la conducta deseada que conlleva unas consecuencias determinadas.

Esta técnica se ha empleado pidiendo al sujeto que imagine a otra persona realizando la conducta y también pidiéndole que se imagine a sí mismo en esa situación.

A continuación vamos a presentar evidencia experimental de la validez de estas técnicas y de otras ya que no se han nombrado todas las existentes, para la modificación de conducta.

#### II.4.1. Adquisición de nuevas pautas de conducta por medio del modelado.

El único procedimiento de adquisición de nuevas respuestas aceptado por la Teoría del Aprendizaje, hasta la aparición del Aprendizaje observacional desde la perspectiva del Aprendizaje Social, era el representado por el paradigma del condicionamiento instrumental, que explicaba esta adquisición por refuerzo selectivo de las respuestas emitidas por el organismo que más se aproximan a la conducta deseada.

Las técnicas que con más frecuencia se han utilizado para la adquisición de nuevas respuestas por medio del modelado han sido: modelado gradual y modelado con ejecución guiada reforzada. Utilizándose fundamentalmente para: el establecimiento de lenguaje y capacidades sociales en niños autistas y adultos psicóticos y modificación de conductas fuertemente establecidas, etc.

De los estudios sobre el establecimiento del lenguaje y capacidades sociales en niños autistas describirían los trabajos de: LOVAAS, BERBERICH, PERLOFF Y SHAEFFER (1966); LOVAAS, BERBERICH, KASSORLA, KLYNN Y MEISEL (1966); LOVAAS, DUMONT, KLYNN Y MEISEL (1966);

LOVAAS, FREITAG, NELSON Y WHALEN (1967); LOVAAS, TITROW NICK Y MANN (1969); LOVAAS, REHM Y SCHBEIBMAN (1969); LOVAAS, KOEGEL, SIMONS Y STEVENS (1973) y LOVAAS (1981).

Sobre el trabajo con adultos psicóticos desearían SHERMAN (1967) y WILSON Y WALTERS (1966).

Como señala LOVAAS (1981) el control de la atención se consigue mediante el contacto físico, situándose el modelo justo frente al niño, de manera que le es imposible atender a otra estimulación, no permitiéndosele las características conductas autoestimulativas. A continuación, una vez reforzada la conducta de atención, se pasa a presentar subunidades cada vez más complejas, recompensando la ejecución correcta de cada subunidad modelada.

En la adquisición de conductas socialmente aprobadas en delincuentes (SARASON Y GANZER, 1969) los modelos mostraron métodos de enfrentamiento a situaciones de problemas comunes, que después fueron ensayados y perfeccionados. Se abarcan muy diversas habilidades, entre otras el control de sí mismo, enfrentamiento a demandas de trabajo, manejo de influencias negativas provenientes de los compañeros.

En otro trabajo de SARASON (en BANDURA Y RIBES, 1975) se presenta también evidencia empírica respecto a

la efectividad del modelado en la rehabilitación de jóvenes delincuentes. En esta investigación, los sujetos fueron adscritos a tres grupos: el de modelado, el de discusión y el de control, cada uno de los cuales constó de sesenta sujetos. En el grupo de discusión, los sujetos sólo recibían información sobre las conductas socialmente aceptables; en el de modelado cada sesión como el grupo anterior, tuvo un tema específico, pero demostrados por el modelo. A cada sesión de modelado asistían cuatro o cinco muchachos y dos modelos y algunos temas fueron: cómo solicitar un trabajo, la manera de hacer frente a las tentaciones puestas por los compañeros para realizar actos antisociales, la forma de presentar problemas a un profesor y la manera de rechazar la gratificación inmediata y sentar las bases para alcanzar metas futuras más importantes.

Al analizar la efectividad de ambos procedimientos se observó que: a) a corto plazo, tanto los sujetos pertenecientes a la condición de modelado como los del grupo de discusión, presentaron más conductas positivas que los sujetos pertenecientes al grupo de control, b) y a largo plazo, los sujetos del grupo de modelado

presentaron más conductas positivas que los del grupo de discusión y control que no se diferenciaron entre ellos, habiendo más reincidencia entre los sujetos del grupo de control que entre los de modelado y discusión.

Otros trabajos han utilizado el modelado para implantar pautas sociales incompatibles con las las pautas de conducta inadaptada que presentaban los sujetos. El estudio clásico es el de CHITTENDEN (1942), que empleó el modelado con el fin de modificar las respuestas dominantes de niños hiperagresivos ante la frustración. En esta investigación, los niños observaban y discutían una serie de juegos, en cada uno de los cuales unos muñecos, que representaban niños, mostraban alternativamente soluciones agresivas y cooperativas a los conflictos interpersonales bajo circunstancias que eran parecidas a las que se encontraban los niños en su vida diaria. Además del modelado, las consecuencias de la agresividad se presentaban como desagradables, mientras que las consecuencias de la cooperación eran reforzadas positivamente.

Los niños que observaron estas secuencias presentaron una disminución de la agresividad, en comparación con los del grupo de control.



Como señalan RIMM Y MASTERS (1980), el uso combinado de modelado y procedimientos de refuerzo es, posiblemente, el método más eficaz de transmitir, elicitar y mantener pautas de respuestas sociales.

Otras conductas establecidas por estos procedimientos han sido: pautas de juicio moral (BANDURA Y McDONALD, 1963), autoevaluación y refuerzo (BANDURA Y KUPERS, 1964; BANDURA Y WHALEN, 1966) pautas autoimpuestas de dilación del refuerzo (BANDURA Y MISCHEL, 1965).

MEICHENBAUM (1977) ha descrito unos programas complejos para el tratamiento de la hiperactividad y agresividad infantil en los que forman parte integrante y central programas de modelado para la adquisición de nuevas conductas.

## II.4.2. Facilitación de conductas ya existentes en el sujeto.

En este apartado se tratan una serie de estudios en los que se demuestra cómo la conducta de los mo  
delos puede actuar facilitando la expresión de pautas de conducta previamente aprendidas, es decir, ya existentes en el repertorio conductual del sujeto, y que no estando muchas veces sujetas a consecuencias negativas, sin embargo no suelen formar parte del repertorio conductual manifiesto.

Estudios de laboratorio y de campo han demostrado que la probabilidad de aparición de una amplia va  
riedad de conducta, neutral y socialmente aprobada, pue  
de ser incrementada sustancialmente en función de la ob  
servación de la actividad de modelos simbólicos o reales.

Se ha realizado una serie importante de estu  
dios utilizando técnicas de modelado para la facilita  
ción social de conducta autoafirmativa (FRIEDMAN, 1968, 1971; WOLPE Y LAZARUS, 1966; McFALL, 1971; RATHUS, 1972, 1973), en estos se informa generalmente que los grupos de modelado presentan mejoras significativas en los com

ponentes de la conducta asertiva.

En un estudio de HERSEN, EISLER Y MILLER (1973) se examinan unos experimentos en los que se evalúa el papel del modelado en el contexto interpersonal. Los sujetos fueron 50 pacientes, apareados en base a la edad, educación, nivel de conducta afirmativa inicial y diagnóstico; asignándoseles a una de las cinco condiciones siguientes: 1.- test-retest, 2.- control-práctica, 3.- instrucciones, 4.- modelado y 5.- modelado más instrucciones. Se predijo que el grupo de modelado más instrucciones debería conducir al mayor cambio de conducta.

Un paciente psiquiatrico masculino actuaba como modelo, que respondía a una asistente femenina en las cinco situaciones de prueba, fué entrenado a: 1) responder con una amplia respuesta, 2) pedir que la asistente cambiara su conducta, 3) mantener contacto social constante con ella, 4) demostrar ausencia de sumisión ante sus peticiones, 5) responder en voz alta demostrando el efecto apropiado.

Los resultados confirmaron la hipótesis inicial de que el modelado más instrucciones es el procedimiento más efectivo, y la observación de que la prác-

tica en ausencia de técnicas adicionales no conduce a cambios conductuales en componentes de conducta afirmativa verbales o no verbales.

RATHUS (1973) consideró la hipótesis de que la conducta asertiva de los observadores que ven un modelo asertivo en video y practican respuestas afirmativas específicas se incrementarán, y serán calificados como más asertivos que los sujetos del grupo de control. Así mismo, se sugirió que los sujetos con conducta asertiva deberían registrar menos miedo a conflictos sociales que los sujetos de la condición control.

Los sujetos que recibieron entrenamiento asertivo observaron un modelo que realizaba una serie de conductas de esa naturaleza. Los sujetos que recibieron el tratamiento placebo observaron modelos ocupados en entrenamientos.

Los resultados mostraron que los sujetos de la condición de modelado en conducta afirmativa, registraron significativamente más asertividad después del tratamiento que los sujetos sometidos a tratamiento placebo o que no recibieron tratamiento. Y en todos los casos, la puntuación total indicó una mayor reducción de miedos en los sujetos de modelado.

WIERSMA Y GOEDHART (1973) diseñaron varios experimentos para examinar la eficacia del modelado para aumentar la conducta independiente.

Los sujetos fueron 90 pacientes, dicotomizados en función del sexo, diagnosticados como neuróticos o con alguna alteración de carácter. En cada categoría los pacientes fueron asignados al azar a tres condiciones experimentales: 1) modelo independiente, 2) modelo dependiente, 3) control sin modelo. En cada situación, de un total de 50 previamente grabadas, una persona instiga la frustración o una amenaza a la conducta independiente de la segunda persona, y esta última debe responder de manera dependiente o independiente, mediante una elección forzosa.

Se predijo: 1) que la exposición a un modelo independiente incrementaría significativamente más la conducta independiente que el grupo control. 2) que la exposición al modelo dependiente incrementaría más la conducta dependiente que el grupo control y 3) que la exposición al modelo independiente aumentaría más la conducta independiente que la exposición al modelo dependiente.

Analizando los resultados, se aprecia un efecto significativo del modelo independiente comparado con el grupo de control, tanto en hombres como en mujeres. El modelo dependiente también produjo incrementos significativos en conductas dependientes en mujeres, pero no en hombres. Y por último, también fueron significativas las diferencias en conducta independiente según que el modelo fuera dependiente o independiente, en ambos sexos.

MIKLICH, CHIDA Y DANKER-BROWN (1977) emplearon el modelado (auto-modelado) para incrementar la tasa de una respuesta en particular (hacer la cama en pacientes de un centro hospitalario). Los resultados indicaron que la conducta elegida se incrementó como efecto del procedimiento empleado.

SHERMAN (1965) reinstauró con éxito conducta verbal por medio de modelado reforzado en psicóticos mudos-funcionales en los que el previamente, el refuerzo contingente con las vocalizaciones había resultado inefectivo.

HANSEN, NILAND Y ZANI (1969) midieron por medio de una prueba sociométrica los cambios en el status social de los niños producidos por diferentes ti-

pos de terapia de grupo. Un conjunto de grupos estaba compuesto por niños con baja popularidad, así como varios compañeros-modelos que ejemplificaban conducta social exitosa. Durante las sesiones de grupo los terapeutas reforzaron las referencias a la conducta social efectiva. Un segundo conjunto de grupos fue reforzado de igual manera, pero estaba formado sólo por niños de status social bajo. Los sujetos de la condición de control se ocuparon en actividades de grupo durante un período de tiempo equivalente.

Los resultados indican que los niños que tuvieron el beneficio de la exposición a compañeros-modelos con éxito y refuerzo de las intenciones conductuales, no sólo obtuvieron un alza significativa en el status sociométrico, sino que mantuvieron su popularidad incrementada en una evaluación realizada dos meses después.

Los niños control y aquellos que recibieron sólo refuerzo social obtuvieron metas débiles y no se diferenciaron en este aspecto.

KAZDIN ha publicado una serie de trabajos (1974, 1975, 1976) así como ROSENTHAL Y REESE (1976), en los que se demuestra la posibilidad de aplicación del modelado instigador encubierto para el incremento de la afirmación personal.



II.4.3. Efectos inhibitorios y desinhibitorios de los procedimientos de modelado sobre la conducta del observador.

La exposición a fenómenos de modelado puede fortalecer o debilitar las inhibiciones de pautas de conducta ya aprendidas. Esta característica se ha utilizado para modificar conductas de evitación y miedo, encaminando los esfuerzos a la eliminación del arousal emocional que acompaña a estos estados. Esto se basa en el supuesto de que la ansiedad activa las reacciones defensivas, así, para eliminar estas conductas defensivas se considera necesario arradicar la ansiedad subyacente. Como señala PELECHANO (1980), estos efectos, parecen actuar más sobre los componentes motivacionales que sobre los componentes de aprendizaje.

El modelado es graduado, se presentan a los pacientes los modelos que representan conductas progresivamente más y más amenazantes, según son percibidas por el sujeto, así, se gradúan y ordenan los patrones

de conducta representados por el modelo, de manera que las escenas que provocan un mínimo de ansiedad en el observador sean las primeras en representarse.

Existen diversos términos que se utilizan en la bibliografía para describir básicamente un mismo procedimiento de modelado: modelado participante, modelado con participación guiada, demostración más participación y desensibilización de contacto.

El acercamiento del modelado participante favorece la ejecución con éxito como vehículo primario de cambio psicológico. No hay nada más persuasivo que la experiencia de acción exitosa en las situaciones temidas.

Pero las personas que padecen inhibiciones muy fuertes, desde luego, no están dispuestas a hacer lo que temen. El terapeuta debe arreglar el ambiente de tal manera que el paciente incapacitado pueda actuar con éxito. Esto se obtiene aportando una serie de ayudas de apoyo y control protector.

Las aplicaciones de estos procedimientos se han centrado fundamentalmente en dos áreas: a) la eliminación de fobias y b) el tratamiento de desórdenes obsesivo-compulsivos.

El modelado participante ha sido aplicado a los miedos específicos a animales (BANDURA, BLANCHARD Y RITTER, 1969; RIMM Y MAHONEY, 1969; RITTER, 1968) así como a miedos de estímulo no específico como la altura (RITTER, 1969) o el agua (HUNZIKER, 1972). En todo el amplio espectro de problemas de conducta a los que puede aplicarse esta técnica, los procedimientos básicos son los mismos: demostración repetida y grada da más participación graduada con apoyo del terapeuta.

BANDURA, GRUSEC Y MENLOVE (1967) realizaron una prueba directa de la efectividad de modelar com portamientos positivos para reducir temor, y com portamientos de evitación. Niños preescolares que exhibían com portamiento de temor hacia los perros, observaron a un compañero que no tenía temor y se aproximaba a un perro, en el contexto de un ambiente de fiesta. Por cuatro días consecutivos, los niños observaron al modelo como acariciaba, le daba de comer y tenía otras interacciones con el perro. Las respuestas de aproximación que se demostraron fueron graduales, y en las sesiones sucesivas se exhibían comportamientos progresivamente de más temor para los observadores.

A los grupos de control con niños igualmente temerosos de perros se les expuso: a) los mismos estímulos graduados de modelado, pero en un contexto neutral; b) la presencia de un perro, en un contexto positivo pero sin modelo; y c) la participación en actividades de fiesta, sin presencia de perro ni de modelo.

Los niños que observaron al modelo jugar con el perro mostraron una reducción del comportamiento de temor significativamente mayor en ulteriores pruebas comportamentales. Esa reducción se mantenía en el seguimiento efectuado un mes después de la prueba posttratamiento. La introducción de un contexto positivo durante el comportamiento de modelado no se encontró especialmente benéfica.

BANDURA, BLANCHARD Y RITTER (1968) compararon la eficacia de los tratamientos de modelado y desensibilización sistemática, in vivo, utilizando criterios de cambios afectivos, comportamentales y de actitud en adultos y adolescentes con fobia a las serpientes.

Se diseñaron cuatro condiciones: (a) Sujetos instruidos en relajación, observaron para inhibir la ansiedad, películas de modelos que realizaban interac-

ciones cada vez mayores con una serpiente. Estos sujetos controlaban su propia tasa de observación de las películas y fueron instruidos para restablecer la relación y dejar de observar las películas siempre que sintieran ansiedad; (b) observación repetida de un modelo vivo que interactuaba con una serpiente en etapas progresivamente más íntimas, en cada etapa los sujetos realizaban el comportamiento que habían observado en el modelo, cuando no se demostraba temor en la respuesta de aproximación se pasaba a la siguiente; (c) este grupo recibió un tratamiento de desensibilización sistemática (d) un grupo de control al que no se le aplicó ningún tratamiento.

Quando se compararon los grupos en un test de evitación comportamental, el de control no mostró ningún cambio. El grupo de desensibilización y el de relajación más el modelado simbólico mostraron progresos sustanciales en los comportamientos de aproximación. En el grupo de modelado vivo y práctica gradual se logró una eliminación total de la respuesta de evitación en el 92 por ciento de los sujetos. Ambos tratamientos con modelo, también redujeron significativamente el informe de ansiedad anticipatoria.

Por otra parte, en lo que respecta al tratamiento de desórdenes obsesivo-compulsivos, los trabajos más destacados han sido realizados por RACHMAN y colaboradores (1970, 1971, 1973), estos han encontrado que los pacientes obsesivos, generalmente, son capaces de superar sus tendencias de evitación si observan antes al terapeuta realizando la conducta apropiada y después ejecutan esta conducta de forma gradual, siendo importante que al terminar cada sesión el paciente sea animado a refrenar y encauzar sus compulsiones.

SEGUNDA PARTE.

## I. INTRODUCCION.



Tras la revisión teórica efectuada podemos comprobar cómo los primeros programas educativos propuestos para la prevención del consumo de la droga, adolecieron de un exceso de confianza en que la información que se pudiese proporcionar, sobre los efectos negativos del abuso de las drogas, haría tomar a los individuos decisiones fundadas ante este problema. La premisa básica era la de que cuando se conocieran hechos concretos se cambiaría la actitud hacia la droga.

Estos primeros programas preventivos, basados primordialmente en el uso de información biológica y farmacológica, fueron criticados por quienes suponían que en ellos se ignoraban las motivaciones psicológicas y sociales de la conducta del toxicómano.

Se plantearon entonces programas educativos de corte psicosocial que intentaron poner al descubierto factores "causales" subyacentes, identificar factores ambientales asociados con el abuso de la droga y descubrir otros factores psicosociales.

Al mismo tiempo se reclamó la necesidad del compromiso activo de los participantes en los programas educativos, en la solución de sus problemas.

Pero las limitaciones de estos programas, a nuestro modo de ver, radicaban en que su base de sustentación estaba en una hipotética fuerza de voluntad, en una capacidad de autorrealización del individuo y en su capacidad de desarrollarse en las dimensiones, social, emocional y espiritual.

Por el contrario, el Modelo de Competencia apuesta por la fuerza de la habilidad y se empeña en fomentar todas aquellas estrategias de intervención con las que se ponga a disposición de la persona la oportunidad de aprender a ser competente.

La prevención es entendida como un conjunto de estrategias que proporcionan a los sujetos las experiencias de aprendizaje de competencias que le permiten prevenir el desajuste, o en último caso, resolverlo. Se debe facilitar a la persona los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de habilidades en la resolución de problemas para que se conviertan en agentes activos de su propia salud.

En un estudio realizado por HAES Y SCHUURMAN (1975) se intentó contrastar la eficacia de tres métodos educativos sobre el cannabis para adolescentes: 1º) inculcar cierto miedo hacia esta droga, insistiendo en los aspectos negativos; 2º) dar una información objetiva, sin hacer especial énfasis en los aspectos negativos; 3º) no hablar del cannabis, sino organizar grupos de discusión con los alumnos sobre problemas de los jóvenes. Además de estos tres grupos había uno de control.

Previamente al experimento se estudiaron los conocimientos, actitudes y hábitos de consumo del cannabis. Los resultados muestran que, en lo referente a la variable "hábito de consumo", en los tres grupos donde se dió información sobre la droga aumentó el consumo, especialmente en el grupo de recurso al miedo; por el contrario en los alumnos donde se hicieron discusiones en grupo no aumentó el consumo, al igual que en el grupo de control.

MENDOZA Y SOLER (en FREIXA, SOLER Y COLABORADORES, 1981) indican que estos resultados, aunque no son generalizables, insinúan que lo que normalmente se hace como educación sobre las drogas, es decir, reducir la

educación a dar información y a su vez centrar ésta en los aspectos negativos de la sustancia, es contra preventivo; y lo que normalmente no se hace, organizar grupos de discusión que promuevan la salud mental de forma global, sin centrarse específicamente en los efectos de ciertas drogas, facilita el autocontrol y la búsqueda de alternativas y, por lo tanto resulta más profiláctico.

GOODSTADT (1978) indica que hay dos grandes modelos de programas de educación sobre las drogas: en el primero se supone que, aumentando los conocimientos o modificando las actitudes, se logrará al final cambiar los hábitos de consumo de drogas (disminuir su abuso). En el segundo, se parte de la hipótesis de que inculcando o reforzando determinados valores se modificarán los hábitos.

Pero ambos modelos se mueven en el terreno de las suposiciones, pues no está demostrado que el aumento de conocimientos lleve a un cambio de hábitos, ni tampoco está demostrado que inculcando ciertos valores se cambien los hábitos relacionados con las drogas.

En nuestro trabajo no se pretende modificar los hábitos de consumo de los ya iniciados, no se espera que con nuestro modelo de intervención disminuya el uso de las drogas, nosotros nos centramos en el inicio, intentamos prevenir el comienzo del consumo, incidimos en la prevención primaria.

Tras un reconocimiento de los principales factores psicosociales que son causa en la mayoría de los casos del inicio a la drogadicción, pretendemos dotar de habilidades suficientes a los jóvenes con el fin de poder hacer frente a esas situaciones o problemas.

Por otra parte, somos conscientes que en un programa de intervención para grupos es imposible abarcar todas las posibles causas que, individualmente en algunos casos, llevan al joven al consumo de drogas; Aspectos tan importantes como el fracaso escolar, falta de comunicación educador-educando, problemas familiares y un largo etcétera quedan fuera por fuerza de nuestra área de actuación.

Ni que decir tiene que comprendemos la necesidad de otros tipos de medidas preventivas simultáneas, legales y sociales, que junto con la formación y el aprendizaje de habilidades completarían la labor preventiva.

La exhortación, la persuasión moral y el hecho de apelar al poder del sujeto, su formación, pueden provocar un cambio en la actitud y posiblemente en la intencionalidad del comportamiento, pero no entrena al sujeto a resolver una situación problemática, ni le capacita para afrontarla con un bagaje de habilidades que sin duda le serán útiles y necesarias.

Por este motivo, intentamos completar el programa educativo (Grupo I) con un aprendizaje de éstas habilidades conductuales a través del modelado y la repetición conductual (Grupo II). A nuestro juicio, un programa educativo puede estar incompleto si no se dota a los sujetos de habilidades que operen en los tres niveles de conducta: cognitivo, fisiológico-emocional y motor.

Por otra parte, tras la revisión teórica efectuada sobre el aprendizaje observacional y sus más importantes áreas de aplicación en la terapéutica general, se puede observar que las técnicas basadas en el aprendizaje vicario pueden ser una herramienta útil, tanto a utilizar en el cambio de actitudes, como en el aprendizaje de conductas sociales.

Como señalan BANDURA Y WALTERS (1974), el principal problema a considerar por el aprendizaje observacional es el análisis de los efectos que en el desarrollo de nuevas actitudes y habilidades tiene el hecho de exponer a un individuo ante el comportamiento de otros.

A su vez, KANFER Y PHILLIPS (1976), señalan que: "los estudios sobre la influencia del grupo en la conformación de comportamientos también sugieren la modificabilidad de muchas actitudes y creencias por medio de la exposición a modelos individuales o normas de grupos" (pág. 224).

Así mismo, en un estudio de BANDURA Y HUSTON (1961), los resultados demuestran que el aprendizaje mediante observación puede llegar más allá de respuestas instrumentales específicas para incorporar el estilo personal del modelo.

En la revisión sobre el Aprendizaje Social vimos los principales diseños utilizados en la clínica. Nuestro procedimiento de modelado se asemeja a la técnica de BANDURA (1968) de modelo vivo con participación dirigida.

BANDURA (1968,1977b) sugiere la superioridad de los procedimientos en los cuales el paciente ejecuta activamente nuevos comportamientos deseados.

Los estudios sobre el aprendizaje social y la psicología social experimental han probado que los cambios de actitud durables se producen de modo más efectivo cuando se hace que una persona emita nuevos comportamientos, sin que haya consecuencias desfavorables hacia el objeto de actitud.

Son muchos los tratamientos que utilizan procedimientos mediante los cuales se repite o simulan importantes aspectos del ambiente extraterapéutico de los pacientes, con el fin de observarlos y manipularlos en presencia del terapeuta.

De este modo la repetición conductual ayuda al sujeto observador a descubrir y ensayar nuevos comportamientos, a objeto de mejorar su propia efectividad.

En resumen, nuestros programas de entrenamiento, son los siguientes:

El Grupo I (Programa educativo) tiene como objetivos:

a.- Suministrar unos conocimientos sobre las distintas drogas y sus efectos.



b.- Poner al alcance de los jóvenes los conocimientos que se poseen sobre las causas de iniciación y circunstancias de consumo.

c.- Proporcionar valores, creencias y actitudes que se opusiesen al abuso de las drogas. Se propone a los jóvenes soluciones alternativas capaces de responder a sus necesidades y aspiraciones.

El Grupo II (Programa educativo más modelado y role-playing) junto a los objetivos anteriores se pretende dar a los sujetos la posibilidad de observar y aprender comportamientos coherentes con el cambio de actitud.

El tercer grupo (Grupo III, modelado más role-playing) sirve para comprobar si la oportunidad de observar modelos que representan comportamientos contrarios al uso y abuso de la droga y representar esos papeles, por sí sólo es suficiente para promover un cambio de actitud y el aprendizaje de esas habilidades comportamentales.

## II. HIPOTESIS DE TRABAJO.

## II. Hipótesis de trabajo.

Las hipótesis que vamos a intentar probar son:

- 1.- La actitud hacia la droga cambiará con la puesta en marcha de programas educativos.
- 2.- El programa educativo modificará el nivel de conocimientos sobre las drogas.
- 3.- El programa educativo no cambiará los hábitos relacionados con el consumo de drogas.
- 4.- Un entrenamiento de modelado más ejercicios mediante la técnica de role-playing facilitará el aprendizaje de comportamientos que ayuden a la prevención del inicio al consumo de drogas.
- 5.- Un programa educativo más modelado y la técnica de role-playing es más adecuado para el cambio de actitu-

des y la adquisición de habilidades comportamentales que cualquiera de las dos por separado.

---

6.- Un programa educativo más modelado y la técnica role-playing no va a cambiar los hábitos de consumo de los sujetos ya iniciados en las drogas.

### III. METODO.

III.1. Centro donde se hizo la investigación.

### III.1. Centro donde se hizo la investigación.

Esta investigación se realizó en el Centro de Formación Profesional: "San José Artesano" de los Padres Salesianos en Elche (Alicante).

En este Centro reciben enseñanza un total de 376 alumnos (Curso 1981 - 1982) de Primer grado de Formación Profesional, en las especialidades de:

- Electricidad.
- Electrónica.
- Automoción.
- Metal.

### III.2. Sujetos.



### III.2. Sujetos.

Los sujetos fueron 136 alumnos estudiantes de Primero de Formación Profesional en la especialidad de: electrónica y electricidad.

Los cursos fueron:

- Primero "C". Especialidad Electrónica. Número de alumnos: 32.
- Primero "F". Especialidad electricista. Número de alumnos: 33.
- Primero "E". Especialidad electrónica. Número de alumnos: 37.
- Primero "D". Especialidad electrónica. Número de alumnos: 34.

Las clases fueron asignadas al azar a los distintos grupos de tratamiento:

- Grupo I. Primero "C".
- Grupo II. Primero "E".
- Grupo III. Primero "F".
- Control. Primero "D".

Los sujetos de clase fueron posteriormente distribuidos al azar en los dos subgrupos de cada grupo de tratamiento que corresponderían a los dos investigadores: "A" y "B".

### III.3. Pruebas utilizadas.

### III.3. Pruebas utilizadas.

#### III.3.1. Cuestionario de hábitos de consumo de droga.

Con el fin de recoger de la forma más precisa y exacta información sobre el consumo de todas las clases de drogas, se elaboró un cuestionario en base a otro similar de LAPORTE (1979).

Del cuestionario original se suprimieron algunos apartados referentes a determinadas drogas cuyo consumo no pensábamos sería habitual en alumnos de la edad de nuestra muestra. No obstante en cada apartado aparece un subapartado abierto donde los sujetos podían indicar, en el caso de que hubiesen consumido alguna sustancia no nombrada, el nombre y la frecuencia de su uso.

180.

CUESTIONARIO DE HABITOS DE CONSUMO DE DROGAS.

Esta encuesta pretende obtener información precisa y cierta sobre el consumo de algunos productos entre los estudiantes de Formación Profesional. Te rogamos, pues que si contestas lo hagas con seriedad y sinceridad.

No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. No olvides poner la clave de números.

Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta, y sólo será utilizada por los psicólogos que intervienen en este cursillo, y no se utilizará para ninguna otra finalidad.

Esperamos tu colaboración y sinceridad. GRACIAS.

Primera Parte: Alcohol y tabaco.

Instrucciones:

- a) La encuesta se refiere al consumo de las sustancias señaladas a continuación en los últimos seis meses.
- b) Para cada sustancia señala el número de veces que la consumes en el apartado correspondiente ("al día", "a la semana", "al mes", "alguna vez en los últimos seis meses" y "nunca").
- c) Los apartados "nunca" y "alguna vez en los últimos seis meses" deben ser contestados señalando con una cruz. En caso de contestar los otros apartados, se escribirá una cantidad aproximada.

	al día	a la semana	al mes	alguna vez últimos 6 meses	nunca
Tabaco negro. (Nº de cigarrillos)					
Tabaco rubio. (Nº de cigarrillos)					
Café. (Nº de tazas)					
Bebidas de cola. (Nº de botellines)					
Cerveza. (Nº de tercios)					
Vino. (Nº de vasos)					
Combinados. (cubatas, gin-tonic...)					
OTRAS.					

Segunda parte: Psicofarmacos y drogas.

1.- ¿Tomas alguna vez pastillas para estudiar?

SI

NO

En caso afirmativo, indica el nombre comercial del producto (si lo recuerdas) y el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente:

Nombre del producto.:.....

Tomo alguna vez cuando tengo exámenes.

Tomo casi siempre que tengo exámenes.

Tomo siempre que tengo exámenes.

2.- ¿Tomas alguna vez medicación para estimularte o le-  
o levantarte el ánimo?

SI

NO

En caso afirmativo. Nombre del producto.:.....

He tomado alguna vez.

Tomo por épocas.

Tomo regularmente.

3.- ¿Tomas alguna vez medicación para tranquilizarte o  
dormir bien?

SI

NO

En caso afirmativo. Nombre del producto.:.....

He tomado alguna vez

Tomo por temporadas.

Tomo con frecuencia.

4.- ¿Tomas regularmente algún tipo de fármacos o medicinas? Por favor indicalos y el motivo por el que lo haces:

(INDICA SOLO EN UNA COLUMNA)

NOMBRE DEL PRODUCTO	Nºdosis al año.	Nºdosis al mes.	Nºdosis a la semana	Nºdosis al día
---------------------	--------------------	--------------------	------------------------	-------------------

emplo: optalidón(para dolores de cabeza)

5.- ¿Te han ofrecido alguna vez droga?

Nunca

Bastantes veces

Una vez

Muchas veces.

Pocas veces.

6.- En caso afirmativo de que te hayan ofrecido, dí quién lo ha hecho (un amigo, un desconocido, un adulto...) y dónde (en un pub, en un cine, una discoteca...)

7.- Marca con una X en la casilla correspondiente:

No he probado la droga, ni quiero probarla nunca

No he probado la droga, pero me gustaría.

Sí, he probado la droga, pero sólo alguna vez.

Sí, he probado la droga, y además tomo de vez en cuando

Sí, he probado la droga, y además tomo regularmente.

8.- (Sólo para los que hayan respondido NO a la 7)

Aunque no hayas probado la droga, ¿La puedes conseguir con facilidad?

SI

NO

9.- (Sólo para los que hayan respondido SI a la nº 7)

De los productos que se señalan a continuación indica lo más apropiado en cada caso.

Indica el número de veces.

	Al año	Al mes	A la <u>se</u> mana.	Al día
--	--------	--------	----------------------	--------

Marihuana ("yerba", grifa)

Hashish ("chocolate"...)

LSD ("ácido", "azúcar")

Cocaína o coca.

Heroína

Morfina

Anfetaminas.

Barbitúricos.

Disolventes.

OTROS (especifica el nombre o combinación.)



### III.3.2. Cuestionario sobre el contexto de iniciación.

Con el fin de disponer de una información objetiva y precisa sobre el contexto físico y social que rodeó la primera experiencia con la droga, así como conocer las consecuencias que produjeron el consumo, tanto a nivel de experiencia propia como de los demás con respecto a la persona que lo probó, se construyó este cuestionario.

Los cuestionarios, similares, fueron tres, uno para el alcohol, otro para el tabaco y el tercero para los psicofármacos y otras drogas.

CUESTIONARIO SOBRE LA INICIACION A LA DROGA.

Este cuestionario pretende obtener información cierta sobre las circunstancias que rodearon la primera experiencia con la droga. Te rogamos que si respondes, lo hagas con seriedad y sinceridad.

No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. Sólo coloca tu número de clave.

Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta, y sólo será utilizada por los psicólogos que intervienen en esta investigación, y no se utilizará para ninguna otra finalidad.

Espéramos tu colaboración y sinceridad. GRACIAS.

INSTRUCCIONES: Las preguntas se refieren todas ellas a la primera vez en que consumiste droga.

TABACO.

- Señala el sitio o lugar donde fumaste por primera vez:

- Discoteca.
- En tu casa.
- En un bar.
- En el colegio.
- En la calle.
- Otro sitio. Dí cual.:

- Señala con quien estabas en esa ocasión:

- Solo.
- Con amigos y amigas.
- Con un amigo.
- Con una amiga.
- Con varios amigos.
- Con otras personas. Dí con quien.

- Describe brevemente las características del lugar:

- Describe brevemente las características de las personas que te acompañaban:

- Describe brevemente en que términos se introdujo la posibilidad de fumar:

- Señala la causa por la que a tu juicio tomastes ese día tabaco:
  - Curiosidad.
  - Placer por lo prohibido.
  - Para no hacer el ridículo ante los otros.
  - Conseguir una emoción fuerte.
  - otra.           ¿cual?..
- Intenta expresar que sentiste:
  - Placer
  - Satisfacción.
  - Nada.
  - Otro/a.           ¿qué cosa?
- Indica que consecuencias produjo el probar el tabaco.
  - Los amigos se alegraron.
  - Te considerabas como ellos.
  - Teniais más cosas en común.
  - Otra.           ¿Cual?..
- Señala si alguien de los presentes se negó a probarlo.
  - SI
  - NO
- ¿Qué comentarios se hicieron sobre las personas que no lo probaron?
  - No se hicieron comentarios.
  - Se le trató de convencer.
  - Se le ridiculizó.
  - Se le respetó su opinión.
  - Otro.           ¿Cual?..
- ¿Qué piensas de esas personas que no lo probaron?

### ALCOHOL..:

- Instrucciones: Las preguntas, como en la parte anterior, se refieren a la primera vez que tomaste alcohol, pero hace referencia a bebidas destiladas de alta graduación, por ejemplo: brandy, ginebra, ron, etc. solas o en combinación.
- Señala el sitio o lugar donde bebiste alcohol por primera vez.
    - Discoteca.           - En casa de un amigo.
    - En tu casa.       - Otro sitio.
    - En un bar.       - ¿Cual?

- Señala con quien estabas en esa ocasión.
  - Solo.
  - Con un amigo.
  - Con varios amigos.
  - Con amigos y amigas.
  - Con una amiga.
  - Con otras personas.           ¿Cual?
  
- Describe brevemente las características del lugar:
  
  
- Describe brevemente las características de las personas que te acompañaban:
  
  
- Describe en que términos se introdujo la posibilidad de que bebieses:
  
  
- Señala la causa por la que a tu juicio provaste ese día el alcohol:
  - Curiosidad.
  - Placer.
  - Para no hacer el ridículo ante los otros.
  - Conseguir una emoción fuerte.
  - Otra.                           ¿Cual?
  
- Intenta expresar qué sentiste:
  - Nada.
  - Satisfacción.
  - Placer.
  - Otro/a.                       ¿Cual?
  
- Indica que consecuencias produjo el que tomases bebida:
  - Los amigos se alegraron.
  - Te consideraron como ellos.
  - Teníais más cosas en común.
  - Otra,                           ¿Cual?
- ¿Qué comentarios se realizaron sobre las personas que no lo probaron?
  - No se hizo comentario    -Se le trató de convencer.
  - Se le ridiculizó.        -Se le respetó su opinión.
  - Otro.                        ¿Cual?



### III.3.3. Escalas de actitudes.

Para la construcción de las escalas de actitud utilizamos la técnica de LIKERT de "calificaciones sumadas".(LIKERT, 1976)

Se recogieron y elaboraron gran cantidad de frases sobre el tema de las drogas, intentando que éstas fuesen de antemano desfavorables o favorables. Se agruparon en relación a los tres componentes de la actitud, perceptivo, afectivo y comportamental. Posteriormente se aplicaron las nueve escalas (tres para el alcohol, tres para el tabaco y tres para otras drogas) a todos los sujetos de la investigación, pidiéndoles que mostrasen su acuerdo o desacuerdo a cada una de las frases a través de cinco opciones: "Muy de acuerdo", "de acuerdo", "Indiferente", "desacuerdo" y "muy en desacuerdo" (MA/A/?/D/MD).

A continuación se calculó la puntuación total de cada sujeto en cada escala, dando unos valores numéricos de 5 a 1, respectivamente, a las cinco modalidades de respuesta, excepto en las frases desfavorables donde se invierte la puntuación. A continuación se eligieron el 25 por ciento superior e inferior de los sujetos.

Posteriormente se calculó la Media de los valores numéricos de las respuestas dadas a cada ítem en ambos grupos extremos, así como la diferencia de Medias. Finalmente, se eligieron para la escala definitiva aquellas frases que discriminen entre los sujetos de ambos grupos.

Tabaco.

- 1.- El tabaco es perjudicial en cualquier  
cantidad para el organismo.....MA/A/?/D/MD
- 2.- El tabaco no debería existir.....MA/A/?/D/MD
- 3.- El tabaco a mucha gente le soluciona  
los problemas.....MA/A/?/D/MD
- 4.- El tabaco debe estar legalizado.....MA/A/?/D/MD
- 5.- El tabaco produce infelicidad a lar-  
go plazo.....MA/A/?/D/MD
- 6.- El tabaco produce trastornos men-  
tales.....MA/A/?/D/MD
- 7.- El tabaco da seguridad a uno mismo.....MA/A/?/D/MD
- 8.- El tabaco mata.....MA/A/?/D/MD
- 9.- El tabaco es propio de delincuentes.....MA/A/?/D/MD
- 10.- El tabaco es utilizado por viciosos  
y degenerados.....MA/A/?/D/MD
- 11.- El tabaco en pequeñas cantidades no  
es perjudicial.....MA/A/?/D/MD
- 12.- El tabaco es uno de los males de  
nuestra sociedad.....MA/A/?/D/MD
- 13.- El tabaco ayuda a una mejor relación  
y comprensión entre la personas.....MA/A/?/D/MD



Cuando se toma tabaco se consigue:

- |                               |     |     |     |     |             |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 1.- Felicidad...              | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 2.- Libertad....              | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 3.- Satisfacción, placer....  | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 4.- Amistad.....              | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 5.- Sociabilidad.             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 6.- Tranquilidad, serenidad.. | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 7.- Independencia.            | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |

El tabaco produce:

- |                     |     |     |     |     |             |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 8.- Enfermedad.     | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 9.- Genialidad.     | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 10.- Locura.        | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 11.- Salud.         | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 12.- Muerte.        | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 13.- Ganas de vivir | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |

- 1.- Estaría dispuesto a probar el tabaco por curiosidad... .. MA/A/?/D/MD
- 2.- Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de tabaco..... MA/A/?/D/MD
- 3.- Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi uso..... MA/A/?/D/MD
- 4.- Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que fume.. MA/A/?/D/MD
- 5.- Estaría dispuesto a marcharme de un sitio donde fumen... .. MA/A/?/D/MD
- 6.- Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el tabaco... .. MA/A/?/D/MD
- 7.- Estaría dispuesto a frecuentar ambientes donde fumen... .. MA/A/?/D/MD
- 8.- Estaría dispuesto a buscar quien me proporcione tabaco. .... MA/A/?/D/MD
- 9.- Estaría dispuesto a resistir a la presión de un grupo para que fume.. MA/A/?/D/MD
- 10.- Estaría dispuesto a fumar cualquier tipo de tabaco.... .. MA/A/?/D/MD
- 11.- Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de fumar... .. MA/A/?/D/MD
- 12.- Estaría dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos. .... MA/A/?/D/MD
- 13.- Estaría dispuesto a fumar cuantas veces fuera necesario.. ... MA/A/?/D/MD

Alcohol.

- 1.- El alcohol es un negocio para determinadas personas... ..MA/A/?/D/MD
- 2.- El alcohol es perjudicial, en cualquier cantidad, para el organismo ... ..MA/A/?/D/MD
- 3.- El alcohol no debería existir.. ..MA/A/?/D/MD
- 4.- El alcohol a mucha gente le soluciona los problemas... ..MA/A/?/D/MD
- 5.- El alcohol debe estar legalizado ...MA/A/?/D/MD
- 6.- El alcohol produce infelicidad a largo plazo. ... ..MA/A/?/D/MD
- 7.- El alcohol produce trastornos mentales. ... ..MA/A/?/D/MD
- 8.- El alcohol mata.... ..MA/A/?/D/MD
- 9.- El alcohol ayuda a tener amigos. ...MA/A/?/D/MD
10. El alcohol es propio de delincuentes..MA/A/?/D/MD
11. El alcohol es para personas sin ideales importantes..... ..MA/A/?/D/MD
12. El alcohol es utilizado por los viciosos y degenerados... ..MA/A/?/D/MD
13. Las penas en asuntos de alcohol deberían ser mayores..... ..MA/A/?/D/MD
14. El alcohol en pequeñas cantidades no es perjudicial..... ..MA/A/?/D/MD
15. El alcohol es uno de los males de nuestra sociedad..... ..MA/A/?/D/MD

Cuando se toma alcohol se consigue:

- |                              |     |      |     |     |                |
|------------------------------|-----|------|-----|-----|----------------|
| 1.- Felicidad...             | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 2.- Libertad....             | ... | .... | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 3.- Satisfacción, placer.... | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 4.- Tristeza, depresión..... | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 5.- Amistad.....             | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 6.- Sociabilidad             | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 7.- Tranquilidad, serenidad. | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 8.- Independencia            | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |

El alcohol produce:

- |                        |     |      |     |     |                |
|------------------------|-----|------|-----|-----|----------------|
| 9.- Enfermedad.....    | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 10. Genialidad...      | ..  | .... | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 11. Locura...          | ..  | ..   | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 12. Muerte...          | ..  | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |
| 13.- Ganas de vivir... | ... | ...  | ... | ... | ...MA/A/?/D/MD |

- 1.- Estaría dispuesto a probar el alcohol  
por curiosidad... .. MA/A/?/D/MD
- 2.- Estaría dispuesto a ser consumidor ha-  
bitual de alcohol ... .. MA/A/?/D/MD
- 3.- Estaría dispuesto a comprar alcohol  
para mi uso..... .. MA/A/?/D/MD
- 4.- Estaría dispuesto a rechazar la invi-  
tación de alguien a que tome alcohol ... MA/A/?/D/MD
- 5.- Estaría dispuesto a marcharme de un  
sitio donde tomen alcohol ... .. MA/A/?/D/MD
- 6.- Estaría dispuesto a mantener mi postu-  
ra contraria en un grupo al alcohol ... MA/A/?/D/MD
- 7.- Estaría dispuesto a frecuentar ambien-  
tes donde hay alcohol... .. MA/A/?/D/MD
- 8.- Estaría dispuesto a buscar quien me  
proporcionase alcohol... .. MA/A/?/D/MD
- 9.- Estaría dispuesto a dejar unas com-  
pañías por usar ellos alcohol ... .. MA/A/?/D/MD
10. Estaría dispuesto a tomar cualquier  
tipo de alcohol... .. MA/A/?/D/MD
11. Estaría dispuesto a resistir la pre-  
sión de grupo para que tome alcohol
12. Estaría dispuesto a tratar de conven-  
cer a alguien sobre el riesgo del  
alcohol... .. MA/A/?/D/MD
13. Estaría dispuesto a tomar alcohol  
cuantas veces fuera necesario ... .. MA/A/?/D/MD

- 1.- La droga no debería existir... ..MA/A/?/D/MD
- 2.- Las drogas deberían estar legalizadas.MA/A/?/D/MD
- 3.- La droga produce infelicidad a  
largo plazo... ..MA/A/?/D/MD
- 4.- La policía debería ser más per-  
misiva con la droga... ..MA/A/?/D/MD
- 5.- La droga da seguridad a uno mismo...MA/A/?/D/MD
- 6.- La droga mata... ..MA/A/?/D/MD
- 7.- La droga ayuda a tener amigos. ...MA/A/?/D/MD
- 8.- La droga es para gente sin ideales  
importantes... ..MA/A/?/D/MD
- 9.- La droga es utilizada por los  
viciosos y degenerados... ..MA/A/?/D/MD
- 10.- Las penas en asuntos de drogas  
deberían ser mayores... ..MA/A/?/D/MD
- 11.- La droga es la respuesta de la  
juventud a la crisis actual... ..MA/A/?/D/MD
- 12.- La droga en pequeñas cantidades  
no es perjudicial... ..MA/A/?/D/MD
- 13.- La droga es uno de los males de  
nuestra sociedad... ..MA/A/?/D/MD
- 14.- La droga ayuda a una mejor rela-  
ción u comprensión entre las personas.MA/A/?/D/MD
- 15.- La droga es utilizada por los  
desequilibrados... ..MA/A/?/D/MD

Cuando se toma droga se consigue:

- |                              |     |     |     |     |             |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 1.- Felicidad...             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 2.- Libertad....             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 3.- Satisfacción, placer.... | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 4.- Tristeza, depresión..... | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 5.- Amistad.....             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 6.- Sociabilidad             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 7.- Tranquilidad             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 8.- Hostilidad..             | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 9.- Independencia            | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |

La droga produce:

- |                        |     |     |     |     |             |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 10.- Enfermedad.       | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 11.- Genialidad.       | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 12.- Locura....        | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 13.- Salud.            | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 14.- Muerte...         | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |
| 15.- Ganas de vivir... | ... | ... | ... | ... | MA/A/?/D/MD |

- 1.- Estaría dispuesto a probar la droga  
por curiosidad... ..MA/A/?/D/MD
- 2.- Estaría dispuesto a ser consumidor  
habitual de droga ... ..MA/A/?/D/MD
- 3.- Estaría dispuesto a comprar droga  
para mi uso. ... ..MA/A/?/D/MD
- 4.- Estaría dispuesto a rechazar la in-  
vitación de alguien a que tome droga....MA/A/?/D/MD
- 5.- Estaría dispuesto a marcharme de  
un sitio donde tomen droga... ..MA/A/?/D/MD
- 6.- Estaría dispuesto a mantener mi pos-  
tura contraria en un grupo sobre  
las drogas..... ..MA/A/?/D/MD
- 7.- Estaría dispuesto afrecuentar am-  
bientes donde hay droga ... ..MA/A/?/D/MD
- 8.- Estaría dispuesto a buscar quien  
me proporcionase droga. ... ..MA/A/?/D/MD
- 9.- Estaría dispuest a dejar unas com-  
pañías por usar ellos droga.. ..MA/A/?/D/MD
10. Estaría dispuesto a tomar cualquier  
tipo de droga.... ..MA/A/?/D/MD
11. Estaría dispuesto a resistir la pre-  
sión de un grupo para que tome  
droga... ..MA/A/?/D/MD
12. Estaría dispuesto a tratar de con-  
vencer a alguien sobre el riesgo  
de las drogas.... ..MA/A/?/D/MD
13. Estaría dispuesto a proporcionar  
droga a mis amigos ... ..MA/A/?/D/MD
14. Estaría dispuesto a tomar droga  
cuantas veces fuera necesario .....MA/A/?/D/MD
15. Estaría dispuesto a tomar droga  
en contadas ocasiones.. ... ..MA/A/?/D/MD



### III.3.4. Cuestionario de información.

#### III.3.4.1. Cuestionario de información sobre el alcohol.

Este cuestionario, como los dos restantes de este mismo apartado, tenía por objeto evaluar el conocimiento de los sujetos sobre cada tipo particular de droga.

Nuestro cuestionario sobre el alcohol es un resumen de uno más extenso de PIQUERAS (1973).

El cuestionario consiste en una prueba de "verdader-falso" donde nosotros hemos introducido una tercera alternativa de respuesta: ?, a responder cuando no se conociese la respuesta correcta.

La prueba que inicialmente (PIQUERAS, 1973, pág. 7-9) constaba de 46 elementos, fue reducida a 25 con el fin de conseguir acortar el tiempo de aplicación. La reducción se realizó mediante criterios racionales por tres jueces expertos en el tema.

CUESTIONARIO DE INFORMACION SOBRE EL ALCOHOL.

Rodea con un círculo la "V" cuando creas que el enunciado es verdadero, y la "F" cuando creas que es falso y el "?" cuando no sepas la respuesta. Si te equivococas lo tachas y rodeas de nuevo la solución correcta.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1.-El alcoholismo es una enfermedad.....   | V | F | ? |
| 2.-El alcoholismo tiene más de vicio que de enfermedad.....                            | V | F | ? |
| 3.-No todos los bebedores pueden llegar a convertirse en alcohólicos.....              | V | F | ? |
| 4.-El alcoholismo es sólo un mal hábito.....   | V | F | ? |
| 5.-Lo que el alcohólico necesita para dejar de beber es fuerza de voluntad.....        | V | F | ? |
| 6.-La mayoría de los alcohólicos no pueden dejar de beber sin ayuda exterior.....      | V | F | ? |
| 7.-Algunas medidas sociales disminuirían el uso del alcohol.....                       | V | F | ? |
| 8.-El beber bebidas alcohólicas es malo.....   | V | F | ? |
| 9.-El mejor modo de acabar con el alcoholismo es prohibir la venta de licores.....     | V | F | ? |
| 10.-Todos los alcohólicos lo son por la misma causa: les gusta el alcohol.....         | V | F | ? |
| 11.-Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo cerveza.....                        | V | F | ? |
| 12.-Los alcohólicos beben porque les gusta.....  | V | F | ? |
| 13.-El alcoholismo no se cura, sólo se evita que progrese.....                         | V | F | ? |
| 14.-El alcohol no es un estimulante, sino un depresor.....                             | V | F | ? |
| 15.-El alcohólico dejaría de beber si realmente quisiera a su mujer y a sus hijos..... | V | F | ? |
| 16.-Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado esa decisión (no siendo alcohol) | V | F | ? |
| 17.-No se puede ser alcohólico si no se beben bebidas blancas.....                     | V | F | ? |
| 18.-Los alcohólicos son seres débiles.....   | V | F | ? |
| 19.-El alcoholismo se hereda.....  | V | F | ? |
| 20.-El alcohol en pequeñas cantidades es un alimento.....                              | V | F | ? |
| 21.-Una vez que el alcohólico deja de beber su problema está resuelto,.....            | V | F | ? |
| 22.-El alcohol puede producir la muerte.....   | V | F | ? |
| 23.-La culpa de que uno sea alcohólico es sólo suya.....                               | V | F | ? |
| 24.-Los alcohólicos son gente de clase baja..  | V | F | ? |
| 25.-Los alcohólicos beben porque quieren; podrían dejar de hacerlo si quisieran.....   | V | F | ? |

### III.3.4.2. Cuestionario de información sobre el tabaco.

Este cuestionario fue construido por un grupo de jueces expertos en el tema con el fin de evaluar el conocimiento que los sujetos poseían sobre el tabaco y los efectos sobre la salud.

La prueba consta de veinte elementos, todos de "verdader-falso-interrogante".

Se intentó que el cuestionario fuese claro, de un tiempo de aplicación breve y de corrección objetiva.

CUESTIONARIO DE INFORMACION SOBRE EL TABACO.

- 1.- El riesgo es igual en los fumadores adoles-  
centes que en los adultos..... V F ?
- 2.- Los efectos del tabaco pueden llegar a ser  
mortales..... V F ?
- 3.- El tabaco no es una droga..... V F ?
- 4.- Los fumadores respiran con más dificultad  
que los no fumadores..... V F ?
- 5.- El tabaco negro es más perjudicial que el  
tabaco rubio..... V F ?
- 6.- El humo del tabaco es inofensivo..... V F ?
- 7.- El tabaco quema la salud..... V F ?
- 8.- A un fumador le resulta imposible dejar de  
fumar..... V F ?
- 9.- Es perjudicial fumar durante el embarazo... V F ?
- 10.- El tabaco disminuye el rendimiento deportivo V F ?
- 11.- El tabaco no actúa sobre el cerebro..... V F ?
- 12.- El tabaquismo es una enfermedad..... V F ?
- 13.- El tabaco produce cancer..... V F ?
- 14.- La única sustancia dañina del tabaco es la  
nicotina..... V F ?
- 15.- El tabaco produce transtornos circulatorios V F ?
- 16.- El cancer de pulmón se presenta más en los  
fumadores..... V F ?
- 17.- El corazón puede verse afectado por el ta-  
baco..... V F ?
- 18.- El humo del tabaco perjudica a los no fuma-  
dores..... V F ?
- 19.- El tabaco es un estimulante..... V F ?
- 20.- El tabaco produce la "tos del fumador"..... V F ?

### III.3.4.3. Cuestionario de información sobre psicofármacos y drogas.

Con este cuestionario se pretendía obtener información sobre el grado de conocimiento de los sujetos sobre las restantes drogas -eliminadas el alcohol y el tabaco- que tenían cuestionarios propios.

El cuestionario utilizado procede de un cuestionario similar utilizado por VEGA, MENDOZA Y SAGRERA (1978) como inicio de un curso de introducción para maestros.

Se respetó el tipo de preguntas abiertas dado que se hablaba de todas las drogas y a la hora de preguntar sobre efectos y características de no haberlo hecho de esta forma, hubiese tenido que ser muy extenso el cuestionario y el tiempo de aplicación muy elevado.

CUAESTIONARIO DE INFORMACION SOBRE PSICOFARMACOS Y DROGAS.

Contesta con brevedad y precisión en el espacio que hay debajo de cada pregunta.

1.- ¿Que es una droga?

2.- Nombra todas las drogas que sepas.

3.- ¿Cuáles son las drogas que más se consumen en Elche?  
Escríbelas en el orden que tú creas que abundan más.

1ª	5ª
2ª	6ª
3ª	7ª
4ª	8ª

4.- ¿Son drogadictos todos los que consumen droga?  
Explicarlo.

5.- En tu opinión, ¿el consumo de drogas puede ser un problema? ¿Por qué?

6.- ¿Para tí cuál es la solución a este problema del consumo de drogas?

7.-Cita por orden de importancia las drogas de efectos más peligrosos:

1ª	2ª	3ª	4ª
5ª	6ª	7ª	8ª

8.- ¿Que efectos crees que produce la marihuana?

9.- ¿Y el hachís?

10.- ¿Hay algunas medicinas que son drogas? Nombralas.

11.- Cita los estimulantes que conozcas.

12.- Cita los tranquilizantes que conozcas.

13.-¿Qué sabes sobre la legislación española actual en lo relativo a las drogas?

### III.3.5. Encuesta socio-económica.

Con esta encuesta tratamos de medir, de forma aproximada, el nivel económico y cultural de la familia de los sujetos. Para lo cual se les pregunta por la ocupación de los padres y por los estudios realizados, así mismo se les pide que de forma aproximada indiquen la cantidad de dinero que suponen ganan sus padres en sus trabajos.

También se les pregunta por la tenencia de una serie de bienes materiales.

El nivel cultural de la familia ha sido clasificado en: Nivel cultural alto; nivel cultural medio y nivel cultural bajo.

En cuanto al nivel económico, se han distinguido cinco categorías: nivel económico alto, nivel económico medio-alto, nivel económico medio, nivel económico medio-bajo y nivel económico bajo.



Clave.:

Psicólogo.:

1.- Profesión de tu padre: Trabajo actual:

2.- Profesión de tu madre: Trabajo actual:

3.- Ingresos mensuales por todos los conceptos:

	Padre	Madre	Hermano S.
menos de 25.000 ptas	-	-	-
25.000 - 40.000 ptas	-	-	-
41.000 60.000 ptas	-	-	-
61.000 - 80.000 ptas	-	-	-
más de 80.000 ptas.	-	-	-

4.- Estudios.

	Padre	Madre
Primarios.	-	-
Bachillerato.	-	-
Bachiller Superior	-	-
Carrera media.	-	-
Carrera superior.	-	-

5.- La casa donde vives es:

Propia:

Alquilada:

6.- La superficie aproximada de m<sup>2</sup> es de:

7.- ¿Tenéis coche? SI NO Modelo:

8.- ¿Tenéis otra propiedad? (pisos, fincas, locales...)

indícalos:

9.-¿Soléis comprar en tu casa el periódico? SI NO

10.Asisten tus padres a espectáculos culturales: SI NO

### III.3.6. Test de inteligencia.

Con el fin de, en su caso, proceder a controlar la variable inteligencia, a pesar de ser grupos supuestamente semejante, se aplicó un test de medida de este atributo con el fin de evaluar a todos los sujetos.

La prueba aplicada fue el T.I.G.1. Test de inteligencia general (series dominós). Esta prueba tiene como objetivo la apreciación del factor "g". Presenta problemas de carácter no verbal de estructura análoga a los utilizados en todas las series de pruebas de "dominós".

Esta prueba está realizada por la Sección de Estudio de Test de T.E.A.,S.A.

Puede ser utilizada a partir de los 10 años de edad, en diferentes niveles, pero con ciertas limitaciones, pues, a pesar de su material no verbal, presupone una cierta preparación intelectual para comprender sus instrucciones y problemas.

Está destinado a la evaluación de la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemá-

tico a ciertos problemas, esto es, apreciar las funcio  
nes centrales de la inteligencia: abstracción y compren  
sión de relaciones.

Consta de 35 elementos y 4 ejemplos previos de entrenamiento y está formado por material no verbal que representa grupos de fichas de dominó distribuidas en varias series o sistemas de ordenación.

### III.3.7. Cuestionario de adaptación para adolescentes.

Con el fin de proceder, si fuera necesario, al control de las variables de personalidad: adaptación familiar, social, a la salud y emocional, se aplicó el Cuestionario de adaptación para adolescentes de BELL.

Este Cuestionario permite obtener medidas de esas cuatro áreas de adaptación.

El cuestionario de aplicación individual y colectiva se aplica entre los 12 y los 17 años. La nota total se puede utilizar como indicador del estado general de adaptación. Las notas de cada una de las cuatro áreas de adaptación permiten localizar las dificultades en un determinado campo.

El cuestionario permite obtener información válida acerca de lo que piensa y siente el adolescente sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, incluyendo aquí su grado de contacto social, y también cómo él considera sus modalidades de relación con los demás; nos proporciona tam-

bién información sobre como el adolescente comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta qué punto controla su propia vida emocional.

Al comparar las respuestas dadas por cada sujeto con la media del grupo de normalización, se puede apreciar la intensidad de su adaptación y si és tas son de signo positivo o no.

### III.4. Procedimiento.

#### III.4.1. Aplicación inicial.

En una fase previa al inicio del programa educativo y a las sesiones de modelado, se aplicaron a todos los sujetos, incluidos también los del grupo de control, una serie de cuestionarios y pruebas psicológicas.

El primer día se informó a todos los sujetos que se realizaría en el Centro una investigación por un grupo de psicólogos sobre el tema de la droga y que con ese fin se les pedía su colaboración para responder a las encuestas y cuestionarios que se les diesen, colaboración totalmente voluntaria y anónima. A los sujetos se les pidió se inventasen una clave con números para que de esta forma, al tener que repartir en días sucesivos más cuestionarios, pudiesemos ordenarlos adecuadamente.

Los primeros cuestionarios aplicados fueron los de "Información" sobre alcohol, tabaco, psicofármacos y otras drogas.

Posteriormente se pidió que diesen respuesta a las "Escalas de Actitudes". Al "Cuestionario de hábitos de consumo" y al "Cuestionario sobre el marco de iniciación".

Por último se les aplicó el Test de Inteli-gencia General (TIG-1), el Cuestionario de Adaptación para adolescentes de BELL y la "Encuesta socio-económi-ca".

A continuación se distribuyeron los Cursos al azar a cada futuro grupo, y a los alumnos de cada grupo, también al azar, a cada uno de los dos investigadores.

Todo el material recogido se corrigió inmediatamente con el fin de tener un conocimiento preciso de los sujetos con respecto al tema a tratar. Iniciandose entonces con cada grupo el programa de trabajo.

#### III.4.2. Aplicación de los programas.

Con el Grupo I (Programa educativo) cuyo objetivo general, como hemos dicho, era proporcionar una información objetiva sobre las distintas drogas y sus efectos, y poner a su alcance los conocimientos que se disponen sobre las causas de iniciación y circustan-cias de consumo; al mismo tiempo que proporcionar unos

valores y creencias que se opusiesen al abuso de las drogas; se programaron ocho sesiones, una por semana de una hora de duración. Cada una de estas sesiones consistía en una charla inicial seguida de un coloquio-discusión, en la que los sujetos aportaban todo el material recogido, ya que cada semana se les adelantaba el tema a tratar el próximo día.

Se intentó, dado que el grupo era reducido, que se diese el máximo de participación en las discusiones.

El primer día fue tan sólo de presentación.

Los temas de las siete charlas programadas fueron:

- 1.- Concepto de droga, tipos y efectos.
- 2.- Incidencia, la iniciación y sus causas.
- 3.- El marco de iniciación y la presión del grupo.
- 4.- Efectos psico-sociales de las drogas.
- 5.- Psicología social de los grupos.
- 6.- Personalidad, proyecto de vida e ideología.
- 7.- Juventud y tiempo libre.

Los objetivos particulares de cada una de las sesiones fueron:



- a.- Que adquirieran unos conocimientos básicos sobre las drogas y conseguir una actitud favorable al mantenimiento de la salud.
- b.- Prevenir la curiosidad en el inicio. Advertir del peligro que entraña el transigir aún siendo para probarlo.
- c.- Que reconociesen la importancia que tiene la presión del grupo a la hora de tomar una decisión.
- d.- Que comprendiesen la importancia de rechazar las gratificaciones inmediatas y sentar las bases para alcanzar metas futuras más importantes.
- e.- Se pretende que reconozcan las situaciones que comúnmente terminan con el ofrecimiento y que valoren que pueden tomar su propia decisión con total independencia de los demás.
- f.- Ser fiel a la propia escala de valores y desarrollo del autoanálisis.
- g.- Descubrir alternativas válidas a las drogas.

Para el Grupo II (programa educativo más modelado y role-playing) se programó el mismo número de sesiones, ocho de una hora de duración y se mantuvieron las mismas charlas y los mismos objetivos particulares de cada sesión del Grupo I.

En este grupo, una vez terminada la charla se daba comienzo al modelado y role-playing.

Para esto, de los mismos componentes del grupo, se elegía a algunos sujetos y se les entregaba un papel con el diálogo a representar.

Antes de empezar se les leía un texto breve para introducir el diálogo. Así, por ejemplo en la segunda sesión, cuya charla era sobre: concepto de droga, tipos y efectos; y se perseguía como objetivo el conseguir una actitud favorable al mantenimiento de la salud, el texto fue:

Nadie cuestiona el hecho de que cualquier tipo de droga y en cualquier cantidad, como sustancia química que es, produce efectos negativos para la salud del organismo, unas más que otras. Todos estarían de acuerdo que en determinadas cantidades, toda droga es perjudicial.

Por otra parte todo el mundo habla de lo im

portante que es estar sano, no padecer enfermedades, etc.

Pero pese a esto, pocas personas nos comportamos consecuentemente manteniendo unos puntos de vista favorables hacia nuestra salud.

Pocas son las personas que ante el problema de consumir determinadas sustancias recuerdan aspectos relacionados con la salud. Veamos algún ejemplo.

Era después de la lectura de este texto cuando se iniciaba la representación. Por ejemplo:

(a) Participan tres sujetos.

1.- Oye en mi colegio están dando unas charlas sobre el consumo de drogas.

2.- ¿Y qué dicen? ¿Son interesantes?

3.- Sí, aunque llevamos pocas.

1.- Yo en esto de las drogas, al margen de todo, de si son legales o ilegales y todo eso, lo que pienso es que poco a poco van perjudicando la salud.

3.- Si bueno, yo eso lo noto con el tabaco, aunque imagino que más o menos todas pueden perjudicar.

(b) Participan cuatro sujetos.

1.- Vamos a tomarnos un "cubata".

2.- Bueno.

3.- ¿Otro? si ya hemos tomado y tanto alcohol es malo.

4.- Sí, yo no tomo que además mañana tengo que jugar un partido de futbol y me noto que el tabaco y el alcohol hacen que me quemé.

2.- Eso es verdad. Yo también noto que rindo menos.

Representaciones como estas se hacían siete u ocho en cada sesión, repitiendo algunas varias veces. Los sujetos en uno u otro papel participaban siempre.

Cada representación servía para iniciar una discusión de todo el grupo sobre la charla y lo representado. El investigador reforzaba selectivamente las intervenciones de los jóvenes que se hacían en el sentido deseado.

En el Grupo III (grupo de modelado más role-playing) se programaron igual número de sesiones con los mismos temas y objetivos particulares que en los dos grupos anteriores.

En este grupo el trabajo de cada sesión se iniciaba directamente con la lectura del texto breve que en el Grupo II preparaba la intervención de los modelos y el role-playing.

Tanto a este grupo como al Grupo II, el segundo día, tras la sesión de presentación (primer día), antes de empezar se les leyó el siguiente texto:

"Durante estos días vamos a hacer una serie de tareas o representaciones que nos servirán para tratar el tema de la droga.

De los resultados de los cuestionarios que os hemos pasado al principio, hay un hecho que habría que destacar y es que pese a la opinión tan extendida con respecto al uso de la droga por la gente joven, resulta que más del 90 % de vosotros responde que ni la ha consumido ni piensa probarla nunca.

Y el tanto por ciento que dice haberla probado afirma que lo hace muy de tarde en tarde.

Sin embargo sabemos que las cifras de consumo son más altas que las que se dan en este Centro.

Esto nos puede hacer pensar que mucha gente pese a sus intenciones iniciales...por uno u otro motivo, termina consumiendo droga habitualmente. Y esto pese a que casi nadie niega que pueda ser perjudicial de uno u otro modo.

Pues bien, estos ejercicios o tareas que vamos a hacer tienen como fin el de ayudaros a afrontar

tar este problema del inicio al consumo de drogas.

Como hemos dicho antes, parece que no es suficiente querer o pensar que no vamos a tomar droga, sino que parece necesario conocer algunos comportamientos que nos ayuden a resolver determinadas situaciones comprometidas relacionadas con ellas.

Para lo que vamos a hacer, se os pide el máximo de atención y seriedad, sólo de esta manera será útil.

Veamos un ejemplo de esas situaciones".

Una vez finalizadas las sesiones de trabajo en los tres grupos, a los diez días se volvieron a aplicar las "escalas de actitud", los "Cuestionarios de información" y el "cuestionario de hábitos de consumo" a los cuatro grupos.

Posteriormente, transcurridos seis meses se efectuó un seguimiento, en el que se aplicaron las "Escalas de actitudes" y el "Cuestionario de hábitos de consumo" a los cuatro grupos.

#### IV. RESULTADOS.

Se ha analizado por separado cada una de las variables estudiadas.

El procedimiento estadístico ha consistido en:

1.- Realizar un análisis de varianza para comparar los resultados en inteligencia de los cuatro grupos.

2.- Realizar un análisis de varianza para comparar los resultados del Cuestionario socio-cultural en los cuatro grupos.

3.- Comparar los resultados al Cuestionario de adaptación para adolescentes de los cuatro grupos por medio de un análisis de varianza para cada una de las áreas de adaptación y el total.

4.- Análisis de covarianza con un diseño de dos factores (grupos e investigadores) para cada una de las variables (alcohol, tabaco, y otras drogas) del Cuestio-



nario de información, con las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento.

5.- Análisis de covarianza, con un diseño de dos factores (grupos e investigadores) para cada una de las variables (alcohol, tabaco, y otras drogas) y para cada uno de los componentes (perceptivo, afectivo y comportamental), con las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento en las escalas de actitudes.

6.- Prueba "A" de SANDLER de comparación de medias relacionadas para cada uno de los componentes (perceptivo, afectivo y comportamental) en cada variable (alcohol, tabaco y droga) dentro de cada grupo, teniendo en cuenta a la vez el investigador (A y B) con el que habían trabajado.

7.- Análisis de varianza con los resultados a las escalas de actitud en el seguimiento para cada una de las variables y para cada uno de componentes.

8.-- Significación de diferencias de proporciones entre los grupos con los resultados al Cuestionario de hábitos de consumo antes del tratamiento. Y el mismo procedimiento con los resultados a dicho cuestionario obtenidos en el seguimiento a los seis meses de finalizar el tratamiento.

Los tres primeros apartados relativos al análisis estadístico tenían como finalidad comprobar si dichas variables, a pesar de ser grupos supuestamente semejantes, diferían significativamente entre ellos. Dado que de ser así tendrían que ser tenidas en cuenta como intervinientes en los resultados de nuestro tratamiento.

Realizado un análisis de varianza entre los resultados, (en puntuaciones directas), al Test de Intelligenza General (TIG-1) de los cuatro grupos, no se encontraron diferencias significativas entre ellos  $F(3, 97) = 2,175$ .

En lo que respecta a personalidad, hemos realizado el análisis de varianza de cada una de las áreas de adaptación y del total, ninguna de ellas arrojó re-

sultados significativamente distintos:

- a) Adaptación social:  $F(3, 124)=3,15$
- b) Adaptación familiar:  $F(3, 124)=2,914$
- c) Adaptación emocional:  $F(3, 124) = 2,21$
- d) Adaptación a la salud:  $F(3, 124) = 1,739$

Total:  $F(3, 124) = 2,11$

Así mismo respecto al cuestionario sociocultural no arrojó diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

Dado que ninguna de las variables analizadas ha dado diferencias significativas entre los grupos no han sido tenidas en cuenta en los análisis estadísticos posteriores.

A continuación se analizaron los resultados del Cuestionario de información, para ello se subdividió éste en sus tres apartados: alcohol, tabaco y otras drogas.

En lo referente al apartado de alcohol, al realizar el análisis de covarianza aparecieron diferencias significativas entre los grupos  $F(3, 111)=2,93$  ( $p<0.05$ ), como podemos observar en la Tabla nº 1.

No siendo estadísticamente significativo el papel de

Tabla I

Questionario de información sobre el alcohol.  
Análisis de covarianza de las puntuaciones antes y después del tratamiento.

F.V.	g.l.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2 \text{ Corr.}$	g.l.	MC	F
Investigadores	1	0,619	-1,502	3,6715	5,8272	1	5,83	2,45
Grupos	3	5,9274	2,011	21,11579	20,9444	3	6,95	2,93 *
Interacción.	3	3,73113	3,1125	10,67255	8,2223	3	2,74	1,15
Residual	112	362,798	230,4641	410,5622	264,162	111	2,38	
Total.	119	373,07553	234,0796	446,02204				

\*  $P < 0.05$ \*\*  $p < 0.01$

los investigadores, así como tampoco la interacción.

A continuación se realizó la comparación entre las medias ajustadas de los cuatro grupos para ver entre cuales se apreciaban las diferencias significativas responsables del resultado anterior. Se comprueban diferencias significativas entre: el Grupo I (Programa educativo) y el Grupo III (Modelado más role-playing)  $F(1, 115) = 4,01 (p < 0.05)$ ; el Grupo II (Programa educativo más modelado y role-playing) y el Grupo III  $F(1, 115) = 4,42 (p < 0.05)$ ; el Grupo II y el Grupo IV (Control)  $F(1, 115) = 4,9 (p < 0.05)$ . No apreciándose diferencias significativas entre el Grupo I y el Grupo II, ni entre el Grupo III y el Grupo IV.

Respecto al apartado de tabaco realizamos así mismo un análisis de covarianza apareciendo como en el caso anterior diferencias significativas entre los grupos  $F(3, 111) = 5,47 (p < 0.01)$  no siendo significativa la interacción ni el efecto de los investigadores. (Tabla II).

De la comparación entre las medias ajustadas de los grupos observamos que dicho resultado signifi-

Questionario de información sobre el tabaco.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones antes y después del tratamiento.

Tabla II

F.V.	g.l.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{corr.}}$	g.l.	MC	F
Investigadores	1	9,7698	0,142667	0,002083	2,6834	1	2,6834	< 1
Grupos	3	36,643	-13,4225	37,4729	61,2201	3	20,4067	5,4666*
Interacción.	3	13,022	1,126	21,5229	24,082	3	8,027	2,15
Residual.	112	654,022	354,8607	606,9	414,359	111	3,733	
Total.	119	713,4568	342,707	665,8979				

\* p<0.05

\*\* p<0.01

\*

cativo es debido a las diferencias entre: el Grupo I y el III  $F(1, 115) = 6,9$  ( $p < 0.01$ ); el Grupo I y el IV  $F(1, 115) = 7,4$  ( $p < 0.01$ ); el Grupo II y el III  $F(1, 115) = 3,97$  ( $p < 0.05$ ); el Grupo II y el Grupo IV  $F(1, 115) = 5,4$  ( $p < 0.05$ ).

Por último en lo referente a las otras drogas los resultados del análisis de covarianza, como podemos observar en la Tabla III, nos ofrecieron así mismo diferencias significativas entre los grupos  $F(3, 111) = 23,44$  ( $p < 0.01$ ) no siendo significativa ni la interacción ni el efecto de los investigadores.

La comparación posterior de las medias ajustadas de los grupos nos mostró así mismo que dicho resultado era debido a la diferencia entre: el Grupo I y el Grupo III  $F(1, 115) = 10,2$  ( $p < 0.01$ ); el Grupo I y el IV  $F(1, 115) = 12,4$  ( $p < 0.01$ ); el Grupo II y el Grupo III  $F(1, 115) = 6,3$  ( $p < 0.05$ ); Grupo II y Grupo IV  $F(1, 115) = 6,9$  ( $p < 0.01$ ).

En lo referente al Cuestionario de actitud sobre la droga éste se subdividió así mismo en tres apartados, el relativo al alcohol, al tabaco y a otras drogas; y cada uno de ellos mide tres componentes, el componente perceptivo, el afectivo y el comportamental,

Tabla III

Questionario de información sobre la droga.  
Análisis de covarianza de las puntuaciones antes y después del tratamiento.

F.V.	g.l.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{Corr.}}$	g.l.	MC	F
Investigadores	1	0,74892	-0,03713	0,001841	0,438565	1	0,438565	< 1
Grupos.	3	7,781216	-17,173646	55,2579	80,863976	3	26,95466	23,44*
Interacción.	3	6,972661	5,825494	7,49909	2,7252	3	0,908	< 1
Residual.	112	162,53	116,603221	211,315729	127,6616	111	1,15	
Total.	119	178032797	105,217939	274,07456				

\*  $p < 0.05$ \* \*  $p < 0.01$



por lo que han sido realizados nueve análisis de covarianza uno por cada componente dentro de cada variable.

Centrándonos en primer lugar en el apartado del alcohol, el análisis de covarianza del componente perceptivo no nos muestra diferencias significativas entre los grupos. En cuanto al componente afectivo, como podemos observar en la Tabla IV ofrece un resultado significativo en la interacción  $F(3, 95) = 3,29$  ( $p < 0.05$ )

Respecto al componente comportamental, al que corresponde la Tabla V, observamos una diferencia significativa entre los grupos  $F(3, 95) = 4,2$  ( $p < 0.01$ ). Al realizar la comparación entre las medias ajustadas de los grupos para ver entre quienes era la diferencia, obtuvimos significación estadística al comparar los grupos: I y II  $F(1, 47) = 5,02$  ( $p < 0.01$ ); I y III  $F(1, 47) = 4,7$  ( $p < 0.05$ ); II y IV  $F(1, 47) = 6,3$  ( $p < 0.01$ ); y III y IV  $F(1, 47) = 4,82$  ( $p < 0.05$ ).

En lo referente al apartado del tabaco, el análisis de covarianza del componente perceptivo no arrojó diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto al componente afectivo tal como nos aparece en la Tabla VI, muestra una significación esta

Tabla IV

Questionario de actitud.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones del componente afectivo de la variable alcohol, antes y después del tratamiento.

F.V.	g.l.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{Corr.}}$	g.l.	MC	F
Investigadores	1	0,0384	-1,6347	64,6537	70,810342	1	70,81	1,56
Grupos.	3	585,5768	67,7883	142,8843	198,6272	3	66,21	1,46
Interacción	3	435,577	367,9808	681,4903	448,799044	3	149,5997	3,29 *
Residual.	96	6806,154	2775,5387	5455,3849	4323,524664	95	45,511	
Total.	103	7827,3462	3209,6731	6366,8366				

\*  $p < 0.05$ \* \*  $p < 0.01$

Tabla V

Questionario de actitud.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones del componente comportamental de la variable alcohol. antes y después del tratamiento.

F.V.	g.L.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{Corr}}$	g.L.	MC	F
Investigadores.	1	43,1635	13,5288	4,2403	1,861522	1	1,8615	21
Grupos.	3	583,3365	510,6057	1347,190484	967,84632	3	32261544	4,2**
Interacción.	3	521,49087	34,5886	4458749	131,016733	3	436722	< 1
Residual.	96	7383,5387	3852077	9306,9234	7297250558	95	76,8132	
Total.	103	8531,5289	4810,7981	11104,22908				

\* p &lt; 0.05

\*\* p &lt; 0.01

Tabla VI

Questionario de actitud.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones del componente afectivo de la variable tabaco, antes y después del tratamiento.

F.V.	g.L.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{Corr.}}$	g.L.	MC	F
Investigadores.	1	2,1634	14,8557	102,0096	84,149751	1	84,149751	2,766
Grupos.	3	814,4902	194,7788	104,4135	168,238554	3	56,079518	1,843
Interacción.	3	3077,211	522,3365	937,2595	386,508	3	128,8361	4,234 *
Residual.	96	6714,0003	4223,154	5547,0771	2890,683162	95	30,428	
Total.	103	7838,375	4955,125	6690,7597				

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

dística en la interacción  $F(3, 95) = 4,234$  ( $p < 0.01$ ).

Respecto al componente comportamental del ta baco el análisis de covarianza no nos mostró diferencias significativas.

Por último en lo que se refiere al apartado de otras drogas el análisis de covarianza del componente perceptivo tampoco nos mostró diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto al componente afectivo (Tabla VII) nos muestra una diferencia significativa entre los grupos  $F(3, 95) = 4,57$  ( $p < 0.01$ ), así como que la interacción entre los dos factores analizados (grupos e investigadores) es significativa  $F(3, 95) = 3,39$  ( $p < 0.05$ ). Al comparar las medias ajustadas de los grupos observamos que dicho resultado es debido a la diferencia entre los grupos: I y III  $F(1, 47) = 4,68$  ( $p < 0.05$ ); I y IV  $F(1, 47) = 7,4$  ( $p < 0.01$ ); II y III  $F(1, 47) = 6,2$  ( $p < 0.01$ ); y Grupo II y Grupo IV  $F(1, 47) = 7,02$  ( $p < 0.01$ ).

En lo referente al componente comportamental cuyos resultados aparecen en la Tabla VIII se observa una diferencia significativa entre los grupos,  $F(3, 95) = 7,04$  ( $p < 0.01$ ); dicha diferencia es debida, como se

Tabla VII

Questionario de actitud.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones del componente afectivo de la variable  
 otras drogas; antes y después del tratamiento.

F. V	g.L.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{Cor.}$	g.L.	MC	F
Investigadores.	1	176,5962	44,7692	5,5384	17,6912	1	176912	< 1
Grupos.	3	499,8461	146,7692	5885606	596,1849	3	1987283	4,57**
Interacción.	3	301,9615	676,3845	1198	44240759	3	1474692	3,39*
Residual.	96	7534,7694	46909233	7051,5387	4131,10939	95	43,4854	
Total.	103	8513,1732	55588462	88436377				

\*  $p < 0.05$ \*\*  $p < 0.01$

Tabla VIII

238. Cuestionario de actitud.  
 Análisis de covarianza de las puntuaciones del componente comportamental de la variable otras drogas, antes y después del tratamiento.

F.V.	g.l.	$\sum x^2$	$\sum xy$	$\sum y^2$	$\sum y^2_{\text{Corr.}}$	g.l.	MC	F
Investigadores.	1	0,6154	6,3076	64,6539	54,773488	1	54,773488	1,44
Grupos.	3	1021,1153	649,5384	11838442	800,8788	3	2669596	7,04**
Interacción.	3	3579,229	2918076	4086536	170748529	3	56,9162	1,5
Residual.	96	117600003	95893849	114218465	36024332	95	37,9204	
Total.	103	1309,6539	105370385	13078,9982				

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

observa al realizar la comparación entre las medias ajustadas de los grupos a la existente entre: el Grupo I y el Grupo II  $F(1, 47) = 5,58$  ( $p < 0.05$ ); Grupo I y Grupo III  $F(1, 47) = 5,2$  ( $p < 0.05$ ); Grupo II y Grupo IV  $F(1, 47) = 7,2$  ( $p < 0.01$ ); y Grupo III y Grupo IV  $F(1, 47) = 6,58$  ( $p < 0.01$ ).

Así mismo como comentábamos anteriormente realizamos un estudio por grupos con las variables de alcohol, tabaco y otras drogas divididas en sus tres componentes (perceptivo, afectivo y comportamental) subdivididas, a su vez, en función de los investigadores.

Los resultados son los que aparecen en las Tablas IX, X, XI y XII.

Como podemos observar no se ha producido ningún cambio significativo en el Grupo IV (Control) como tampoco aparece ningún cambio significativo en el componente perceptivo de ninguna de las variables ni grupos, excepto la que se establece con los sujetos tratados por el investigador "B" en la variable alcohol en el Grupo II.

Respecto al componente afectivo, en el Grupo I se produce cambio significativo con el investigador A



Pruena A de Sandler entre los resultados del Grupo I (Programa educativo), antes y después del tratamiento.

<u>Variables</u>	<u>Componentes</u>	<u>Investigadores</u>	<u>A</u>	<u>Significación</u>
Alcohol	Perceptivo	A	14,704	N.S.
		B	1,155	N.S.
	Afectivo	A	0,266	0.05
		B	0,283	N.S.
	Comportamental	A	0,50	N.S.
		B	0,56	N.S.
Tabaco	Perceptivo	A	1,18	N.S.
		B	3,59	N.S.
	Afectivo	A	0.254	0.05
		B	0,177	0.02
	Comportamental	A	0,29	N.S.
O.drogas.	Perceptivo	A	2,347	N.S.
		B	0,85	N.S.
	Afectivo	A	0,261	0.05
		B	0,21	0.01
	Comportamental	A	0,256	0.05
		B	2,06	N.S.

Prueba A de Sandler entre los resultados del Grupo II (Programa educativo más modelado apoyado con cierta repetición conductual), antes y después del tratamiento.

<u>Variables</u>	<u>Componentes</u>	<u>Investigadores</u>	<u>A</u>	<u>Significación</u>
Alcohol	Perceptivo	A	1,89	N.S.
		B	0,208	0.05
	Afectivo	A	0,16	0.01
		B	0,24	0.05
	Comportamental	A	0,212	0.05
		B	0,23	0.05
Tabaco	Perceptivo	A	1,12	N.S.
		B	0.635	N.S.
	Afectivo	A	0.182	0.02
		B	1,876	N.S.
	Comportamental	A	0,468	N.S.
		B	0,371	N.S.
O. drogas	Perceptivo	A	0,605	N.S.
		B	0,512	N.S.
	Afectivo	A	0,238	0.05
		B	0,154	0.01
	Comportamental	A	0,121	0.01
		B	0,209	0.05

Prueba A de Sandler entre los resultados del Grupo III (modelado apoyado en cierta retención conductual), antes y después del tratamiento.

<u>Variables</u>	<u>Componentes</u>	<u>Investigadores</u>	<u>A</u>	<u>Significación</u>
Alcohol	Perceptivo	A	761	N.S.
		B	0,384	N.S.
	Afectivo	A	0,24	0.05
		B	0,181	0.02
	Comportamental	A	0,222	0.05
		B	0,231	0.05
Tabaco	Perceptivo	A	0,789	N.S.
		B	91	N.S.
	Afectivo	A	1,73	N.S.
		B	0,239	0.05
	Comportamental	A	1,39	N.S.
		B	1,72	N.S.
O.drogas	Perceptivo	A	17,28	N.S.
		B	73,44	N.S.
	Afectivo	A	4,72	N.S.
		B	0,844	N.S.
	Comportamental	A	0,299	0.05
		B	0,195	0.02

Prueba A de Sandler entre los resultados del Grupo IV (Control), antes y después del tratamiento.

<u>Variables</u>	<u>Componentes</u>	<u>Investigadores</u>	<u>A</u>	<u>Significación</u>
Alcohol	Perceptivo	A	0,962	N.S.
		B	2,23	N.S.
	Afectivo	A	0,508	N.S.
		B	0,47	N.S.
	Comportamental	A	0,286	N.S.
		B	1,8	N.S.
Tabaco	Perceptivo	A	1,33	N.S.
		B	6,095	N.S.
	Afectivo	A	1,24	N.S.
		B	0,373	N.S.
	Comportamental	A	0,55	N.S.
		B	2,94	N.S.
O.drogas	Perceptivo	A	0,387	N.S.
		B	0,397	N.S.
	Afectivo	A	0,827	N.S.
		B	0,42	N.S.
	Comportamental	A	1,431	N.S.
		B	0,689	N.S.

en la variable alcohol, con ambos investigadores en la variable tabaco, así como con la variable droga. En el Grupo II cambian con los dos investigadores en la variable alcohol, así como con la variable droga, mientras que con la variable tabaco sólo los del investigador A. En lo referente al Grupo III se producen cambios significativos en la variable alcohol con ambos investigadores, en la variable tabaco con el investigador B, mientras que en la variable droga no se produce cambio.

Respecto al componente comportamental, en el Grupo I sólo manifiestan cambio los sujetos que trabajaron con el investigador A en la variable Droga. En el Grupo II se produjo cambio con ambos investigadores en las variables de alcohol y droga. Lo mismo podemos decir del Grupo III.

A la hora de analizar los resultados del seguimiento nos encontramos con el problema de que los sujetos no recordaban o no consignaron la clave de números que los identificaba, por lo que no ha sido posible realizar un análisis estadístico todo lo completo que hubieramos deseado. Nos hemos limitado a plantear tentativamente pruebas para las que las mencionadas claves no fuesen necesarias, por lo que las afirmaciones no

pueden ser todo lo precisas que sería de desear.

Al realizar el análisis de varianza (con diseño de un sólo factor -grupos-) en las tres componentes de la variable alcohol no aparecen diferencias significativas ni en el componente perceptivo ni en el afectivo, únicamente en el comportamental (Tabla XIII)  $F(3, 102) = 3,98$  ( $p < 0.01$ ). Dicho resultado es debido a la diferencia significativa existente entre el resultado del Grupo II respecto a todos los demás.

En cuanto a la variable tabaco. los resultados del análisis de varianza realizado para los tres componentes nos muestran que no existe diferencia significativa entre los grupos en ninguno de los tres componentes.

En lo referente a la variable droga no existen diferencias significativas entre los grupos en el componente perceptivo, pero sí en los otros dos. En el componente afectivo, la diferencia  $F(3, 102) = 4,3852$  ( $p < 0.01$ ) (Tabla XIV) es debida a la existente entre los grupos: I y IV y II y IV. En el componente comportamental la diferencia  $F(3, 102) = 4,42$  ( $p < 0.01$ ) (Tabla XV) es debida a la existente entre los grupos II y III con I y IV.

Tabla XIII

Análisis de varianza con los resultados del seguimiento del componente comportamental de la variable alcohol.

	S.C.	g.L.	M.C.	F
Inter.	614,95776	3	204,98592	3,98 **
Intra.	5253,4194	102	51,504	
Total	5868,37716	105		

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Tabla XIV

Análisis de varianza con los resultados del seguimiento del componente afectivo en la variable otras drogas.

	S.C.	g.l.	M.C.	F
Inter.	1081,4517	3	360,4839	4,4852 **
Intra.	8197,9823	102	80,3724	
Total.	9279,434	105		

\*  $p < 0.05$ \*\*  $p < 0.01$



Tabla XV

Análisis de varianza con los resultados del seguimiento  
del componente comportamental en la variable droga.

	S.C.	g.l.	M.C.	F
Inter.	1590,4639	3	530,1546	4,42 **
Intra.	12240,5928	102	120,0058	
Total.	13831,0567	105		

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Respecto al Cuestionario de hábitos de consumo al igual que hemos comentado respecto al seguimiento del cuestionario de actitud sobre la droga, el análisis estadístico no ha podido ser todo lo preciso que hubiésemos deseado, dada la falta de claves en los cuestionarios, por lo que nos hemos limitado a realizar un estudio de significación de diferencias de proporciones entre los grupos antes del tratamiento y el mismo procedimiento aplicado a los datos procedentes del seguimiento, lo cual, si bien no es el procedimiento más ortodoxo de comparar un cambio, puede ayudarnos dadas nuestras circunstancias, comparando las significaciones estadísticas que aparezcan antes, con las significaciones estadísticas que aparezcan después.

El análisis estadístico de este cuestionario se subdividió en tres partes: alcohol, tabaco, psicofármacos y otras drogas. Dichas partes a su vez fueron enfocadas desde dos puntos de vista: número de sujetos que las consumían y cantidades consumidas.

En lo relativo al análisis estadístico realizado con los datos obtenidos antes del tratamiento, no

aparecen diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables analizadas. Lo mismo sucedió respecto a los datos obtenidos en el seguimiento.

Resumen de las variables y componentes de las Escalas de actitud y de su significación tras el Análisis de covarianza

---

	Alcohol:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
<u>GRUPO I.</u> :	Tabaco:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
	Drogas:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	Si (.)
		-Componente Comportamental:	No

---

	Alcohol:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	Si (.)
<u>GRUPO II.</u> :	Tabaco:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
	Drogas:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	Si (.)
		-Componente Comportamental:	Si (.)

---

	Alcohol:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	Si (.)
<u>GRUPO III.</u> :	Tabaco:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
	Drogas:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	Si (.)

---

	Alcohol:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
<u>GRUPO IV.</u> :	Tabaco:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No
	Drogas:	-Componente Perceptivo:	No
		-Componente Afectivo:	No
		-Componente Comportamental:	No

---

## V. DISCUSSION

## V. Discusión.

Al iniciar la presente investigación, ahora a punto de concluir, nos proponíamos, según decíamos en la introducción, desarrollar un método preventivo destinado a adolescentes sobre el inicio al consumo de la droga.

Un método que facilitase a los jóvenes los recursos teóricos y técnicos para que desarrollen un equipamiento de competencia, de habilidades de resolución de problemas para que se conviertan en agentes activos de su propia salud.

Pensábamos que la efectividad de un programa educativo para conseguir un cambio de actitud favorable al no consumo de las drogas, podía ser más completo y de una real incidencia en el posterior comportamiento, si se utilizaba el modelado para la facilitación de determinadas conductas interpersonales que considerábamos clave en el inicio al consumo y por lo tanto en su prevención.

Uno de nuestros primeros objetivos era comprobar en qué medida era posible modificar la actitud de los jóvenes hacia las drogas con la puesta en marcha de un programa educativo.

Esta primera hipótesis queda en nuestra investigación confirmada parcialmente, dado que esto es cierto para el componente afectivo en el caso de los psicofármacos y drogas ilegales, donde aparecen diferencias significativas entre el Grupo I (Programa educativo) y el Grupo IV (Control), además de aparecer diferencias significativas en la interacción en el alcohol y tabaco.

Resultados éstos, que se mantienen en parte en el seguimiento, donde aparecen diferencias significativas entre el Grupo I y el Grupo IV en el componente afectivo para los psicofármacos y drogas ilegales.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación vienen a confirmar que la puesta en práctica de programas educativos, donde se aumentan los conocimientos y se inculcan determinados valores, son útiles para lograr el cambio de actitudes. Hecho éste que ha sido observado en distintas revisiones sobre los programas educativos puestos en práctica. (GOODTANDT, 1974, 1978; BRAUN Y KLEIN, 1975; FREIXA, SOLER Y OTROS, 1981).

Con respecto al componente perceptivo de la actitud, donde no aparecen diferencias significativas, esto puede ser debido a dos motivos. El primero a que al enunciar y proponer los objetivos del Grupo I, se hizo hincapié en que no se convirtiese la información suministrada en la que es propia de los grupos denominados de "recurso al miedo", donde se presentan los peligros del abuso de las drogas reiteradamente, ya que según las experiencias que se conocen, este tipo de información puede producir en el mejor de los casos una mezcla de efectos positivos y negativos (VEGA, 1980) y nunca efectos preventivos (MENDOZA Y VEGA, 1980; HAES Y SCHUURMAN, 1975).

El segundo motivo estriba en el hecho de que inicialmente los sujetos en el componente perceptivo de la actitud obtienen ya una puntuación elevada, es decir, lo perciben correctamente y al ser objetivo el tratamiento, éste se ha mantenido sin cambios.

Si bien, es también posible, que el cuationario no fuese apropiado por tener poca dificultad.

Nuestra segunda hipótesis, consistente en que: el programa educativo cambia el nivel de conocimientos sobre las drogas, queda confirmada dado que tanto para el alcohol como para el tabaco y los psicofármacos y otras drogas aparecen diferencias significativas en los



"Cuestionarios de información" del Grupo I y el Grupo III y IV. Y del Grupo II con el Grupo III y Grupo IV.

Es decir, en los dos grupos (I y II) en que ha habido programa educativo, ha aumentado significativamente el nivel de conocimientos sobre las drogas.

Nuestra tercera hipótesis, consistente en que: el programa educativo no cambia los hábitos posteriores relacionados con el consumo de drogas; queda confirmada dado que los resultados del análisis estadístico efectuado con los datos obtenidos en el "Cuestionario de hábitos de consumo" antes del tratamiento, así como en el seguimiento, no aparecen diferencias significativas entre el Grupo I (Programa educativo) y el Grupo IV (Control), ni en el número de sujetos que consumen droga ni en las cantidades consumidas.

Este resultado obtenido en nuestra investigación viene a corroborar lo expuesto en experiencias anteriores donde queda manifiesta la falta de evidencia de que cambiando la actitud e inculcando ciertos valores se cambian los hábitos relacionados con las drogas (MENDOZA, en FREIXA, SOLER Y OTROS, 1981).

La cuarta hipótesis formulada por nosotros en el sentido de que: el modelado más role-playing hace posible el aprendizaje de comportamientos que ayudan a la prevención del inicio al consumo; no ha podido ser confirmada, para esto hubiera sido necesario observar diferencias significativas en los datos referentes al "Cuestionario de hábitos de consumo" entre el Grupo III y el de Control (Grupo IV) antes y después del tratamiento, es decir en el seguimiento; sin embargo, en el análisis estadístico realizado no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos, ni en el número de sujetos que consumen droga, ni en las cantidades consumidas.

Pese a esto, es importante constatar que en el componente comportamental de la actitud, tanto en el apartado alcohol como en el de psicofármacos y drogas ilegales, aparecen diferencias significativas entre el Grupo III (Modelado más role-playing) y el Grupo I (Programa educativo)  $F(1, 47) = 4,7$  ( $p < 0.05$ ) y entre el Grupo III y el Grupo IV (Control)  $F(1, 47) = 4,82$  ( $p < 0.05$ ) lo que indica una actitud más favorable en el Grupo III a la realización de determinados comportamientos que favorecerán la posibilidad de resistirse al ini

cio al consumo. En el componente comportamental, recordémoslo, aparecen ítems como: "estaría dispuesto a mantener mi postura contraria a un grupo sobre el alcohol/droga", "estaría dispuesto a estar presente sin consumir en un sitio donde se consume alcohol/droga", "estaría dispuesto a resistir la presión de un grupo para que tome alcohol/drogas".

Habría que observar que este cambio en el componente comportamental no se produce en el Grupo I, donde como hemos visto sólo era significativo en el componente afectivo.

Nuestra quinta hipótesis: un programa educativo más modelado y role-playing es más adecuado para el cambio de actitudes y la adquisición de habilidades comportamentales que cualquiera de los dos por separado; queda confirmada de forma parcial en la medida en que en el Grupo II (Programa educativo más modelado y role-playing) los cambios son significativos estadísticamente en el componente comportamental de la actitud hacia el alcohol, en el componente afectivo y componente comportamental en la variable psicofármacos y otras drogas ilegales.

Sin embargo no se ha podido demostrar el efecto del modelado más role-playing dado que en el análisis estadístico realizado no aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el Grupo II y el Grupo IV (Control) al "Cuestionario de hábitos de consumo" antes del tratamiento y en el seguimiento.

Es posible que el hecho de no encontrar diferencias significativas en el número de sujetos que se inician en el grupo de control y en los de tratamiento se deba al reducido espacio de tiempo del seguimiento. Hubiese sido muy importante y conveniente haber realizado el seguimiento por lo menos 12 meses después de concluir el tratamiento.

Nuestra sexta y última hipótesis: un programa educativo más modelado y role-playing no va a cambiar los hábitos de consumo de los ya iniciados; queda confirmada al no encontrar diferencias significativas entre los resultados al "Cuestionario de hábitos de consumo" antes y después del tratamiento entre los grupos II y IV, en las cantidades consumidas por los sujetos ya iniciados en el consumo de drogas.

Con relativa frecuencia se cuestiona la posible efectividad de los programas educativos en su inci

dencia sobre los hábitos de consumo, y esto con razón, pues muchos de estos programas se marcan como objetivo el disminuir el uso de las distintas drogas, así la evaluación posterior de estos programas se hace en función de este criterio, cuando parece que estos programas si están indicados es para prevenir el inicio al consumo de la droga, pero difícilmente para eliminar o disminuir el consumo de los ya iniciados.

Un aspecto importante que sobresale de los resultados es sin duda el que se refiere al apartado tabaco, donde en ninguno de los grupos aparece el más mínimo cambio. Esto nos puede hacer suponer que este tipo de droga por sus características particulares (situación legal, publicidad, elevado consumo, etc) no permite ser tratado conjuntamente con las demás drogas.

Por otra parte habría que señalar que en los sujetos con los que se ha trabajado, de antemano había ya una actitud muy favorable al no consumo de drogas, hecho que puede estar enmascarando la efectividad del tratamiento, ya que hace más difícil observar después cambios significativos, al presentar la gran mayoría una actitud inicial objetiva y favorable al no consumo.

Sería pues necesario realizar este mismo trabajo, pero sólo con sujetos que de antemano so tengan una actitud favorable al consumo de la droga. Lo cual es difícil dado el carácter anónimo que hay que dar a este tipo de investigaciones.

Parece pues que lo que ha podido ocurrir es que, si los sujetos perciben adecuadamente las drogas, y sólo en las ilegales se observa un cambio significativo en el componente afectivo, es por que el grupo de antemano es contrario a las drogas, si bien, no reconocen ni la posibilidad, ni la conveniencia, de dar en determinados momentos comportamientos que les pue den ayudar a hacer frente al inicio. Aspecto este que si cambia significativamente después del tratamiento, apareciendo una actitud más favorable a la realización de determinados comportamientos que favorecerán la posibilidad de resistirse al inicio al consumo.

## VI. CONCLUSIONES.

Al iniciar este trabajo, pensábamos en la posible efectividad de aplicar el modelado más la técnica de role-playing junto con un programa educativo para cambiar la actitud hacia las drogas en los jóvenes y al facilitarles recursos teóricos y prácticos para desarrollar un equipamiento de competencia incidir de forma real en el comportamiento posterior.

Con este fin, hemos analizado las aportaciones de BANDURA y colaboradores al campo del Aprendizaje Observacional pudiendo sacar algunos puntos a modo de resumen:

- 1.- Una primera conclusión consiste en que la conducta desarrollada por los demás, si es observada, puede determinar la conducta posterior del sujeto que la observa. Es decir, la presencia de un modelo ejecutando unas determinadas pautas de conducta influye en el comportamiento posterior de aquellos sujetos que observaron el modelo.
- 2.- Esta influencia se traduce en tres grandes líneas de efecto:
  - a.- Adquisición de conductas nuevas que no existían anteriormente en el repertorio conductual del sujeto-observador.



b.- Facilitación social de conductas ya existentes en el repertorio del observador.

c.- Efectos inhibitorios y desinhibitorios sobre la conducta del observador.

3.- Los resultados de que se dispone, concernientes a las aportaciones de las técnicas de modelado al ámbito de la modificación de conducta indican una relevancia significativa de estas técnicas frente a otros tratamientos conductuales.

4.- Los cambios de actitud durables se producen de modo más efectivo cuando se hace que una persona emita nuevos comportamientos, sin que haya consecuencias desfavorables hacia el objeto de la actitud.

5.- La repetición conductual ayuda al sujeto observador a descubrir y ensayar nuevos comportamientos, a objeto de mejorar su propia efectividad.

6.-De nuestro estudio estudio sobre la problemática actual de la droga y la juventud, se desprende:

6.1.- El aumento del número de personas, fundamentalmente jóvenes, que consumen drogas.

- 6.2.- La necesidad de investigar y poner en práctica técnicas avanzadas para influir principalmente en los grupos de población particularmente expuestos a la farmacodependencia.
- 6.3.- Junto a medidas sociales y legales, las medidas educativas se conforman en la base de la labor preventiva.
- 6.4.- Las medidas educativas deben tener como objetivo un cambio de actitudes hacia las drogas y su consumo.
- 6.5.- De las experiencias educativas puestas en práctica se desprende que la información no protege por sí misma. Si bien se considera que una información objetiva es indispensable para evitar la difusión de datos inesactos.
- 6.6.- Los programas educativos deben ser algo más que mera información, y para conseguir un cambio de actitud, es necesario formar, conseguir el desarrollo de la persona, proporcionar valores y creencias que se opongan al abuso de las drogas.
- 6.7.- Dentro del marco del aprendizaje social se encara

el abuso de las drogas como patrones de conducta socialmente adquiridos, y aprendidos, mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológica.

6.8.- Las conductas de curiosidad e imitación, en un principio, juegan un importante papel, en base a las consecuencias positivas observadas o descritas por el medio social, (amigos, grupo, etc.).

6.9.- De entre los factores que precipitan el abuso de la droga, muy numerosos y que varían grandemente de individuo a individuo, destaca el hecho de que muchos han cedido al consumo de la droga por compromiso social, por la presión del grupo. Donde subyace una total desinformación y falta de habilidades para enfrentarse al grupo.

7.-En nuestro estudio experimental hemos comparado la efectividad de un programa educativo y un programa educativo más modelado y role-playing. Del análisis de los datos se desprende:

- 7.1.- La puesta en práctica de programas educativos, donde se aumentan los conocimientos y se inculcan determinados valores, son útiles para lograr el cambio de la actitud hacia las drogas.
- 7.2.- El programa educativo cambia el nivel de conocimientos sobre las drogas y sus consecuencias.
- 7.3.- Un programa educativo no cambia los hábitos posteriores relacionados con el consumo de las drogas.
- 7.4.- El modelado más role-playing hace posible un cambio en las intenciones verbalizadas de conducta futura sobre el consumo de la droga.
- 7.5.- Un programa educativo más modelado y role-playing es más adecuado para el cambio de actitud y el cambio en las intenciones de conducta futura con respecto a la droga.
- 7.6.- Un programa educativo con o sin modelado más role-playing no cambia los hábitos de consumo de los ya iniciados.

8.-De estos resultados puede extraerse la necesidad de realizar nuevos estudios en los que:

8.1.- Se profundice en el análisis de los efectos de otras variables.

8.2.- Se introduzcan otras técnicas de modificación de conducta o de modelado.

8.3.- Se arbitren fórmulas para la constatación del consumo real.

8.4.- Se oriente la intervención sólo hacia los sujetos que de antemano presenten una actitud favorable al consumo de drogas.

9.- Por último no creemos necesario recalcar la importancia, que este tipo de programas junto con otras medidas de carácter legal y social, puede tener para una eficaz prevención de uno de los más importantes problemas que se nos presentan en la actualidad.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA.

- ALLPORT, F.H.: Social psychology. Riverside Press, Cambridge, 1924.
- ALVIRA, F.: La relación entre actitudes y conducta. REOP, 1977, 49, pág: 33 - 52.
- ARANA, J., CARRASCO, J.L. Y DE VICENTE, P.: Psicología de la juventud drogadicta. Karpos, Madrid, 1981.
- BAER, D.M. Y SHERMAN, J.A.: Reinforcement control of generalized imitation in young children. Journal of experimental child psychology, 1962, 1, pág: 37 - 49.
- BANDURA, A. Y HUSTON, A.: Identification as process of incidental learning. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1961, 63, pág: 311 - 318.
- BANDURA, A., ROSS, D. Y ROSS, S.: Imitation of film-mediated aggressive models. Journal Abnorm. Soc. Psychol. 1963, 66, pág: 3 - 11.
- BANDURA, A. Y McDONALD, F.J.: The influence of social reinforcement and the behavior of models in shaping children's moral judgements. Journal Abnorm. Soc. Psychol. 1963, 67, pág: 274-282.

- BANDURA, A. Y KUPERS, C.J.: The transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1964, 69, pág: 1 - 9.
- BANDURA, A.: Influence of models reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. Journal of Personality and Social Psychology, 1965, 1, pág: 589 - 595.
- BANDURA, A Y MISCHEL, W.: Modification of self imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models. Journal of Personality and Social Psychology, 1965, 2, pág: 698-705
- BANDURA, A, GRUSEC, J.E. Y MENLOVE, F.L.: Observational learning as a junction of symbolization and incentive set child develop. 1966, 37, pág: 499 - 506.
- BANDURA, A Y WHALEN, C.K.: The influence of antecedent reinforcement and divergent modeling cue-stion patterns of self-reward. Journal of Personality and Social Psychology. 1966 3, pág: 373 - 382.
- BANDURA, A, GRUSEC, J.E. Y MENLOVE, F.L.: Vicarious extinction of avoidance behavior. J. of Personality and Social Psychol. 1967, 5 pág: 16 - 23



BANDURA, A.: Principles of behavior modification, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York 1969.

BANDURA, A., BLANCHARD, E.B. Y RITTER, B.: Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. Journal of Personality and Social Psychology, 1969, 13, pág: 173 - 179.

BANDURA, A. Y WALTERS, R.H.: Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad. Alianza Editorial, Madrid, 1974.

BANDURA, A. Y RIBES, E.: Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia. Trillas, México, 1975.

BANDURA, A.: Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1977 b.

BANDURA, A.: Self-efficacy: toward a unifying of behavioral change. Psychological Review, 1977 a, Vol. 84, 2, pág: 191 - 215.

- BERGER, S.M.: Conditioning through vicarious instigation. Psychol. Rv. 1962, 69, pág:450-66.
- BIOCCA, S.: Educación para la salud, aspectos doctrinarios. Bases de la educación para la salud. Informes técnicos. Ministerio de Bienestar Social. Buenos Aires, 1971.
- BIJOU, S.W. Y BAER, D.M.: Psicología del desarrollo infantil. Trillas, México, 1975.
- BRAWN, E.H. Y KLEIN, A.L.: The effects of drug education programs attitude change. Journal of Drug Education. Vol. 5.nº 1. 1975. pág: 51 - 56.
- BUGELSKI, B.R.: Psicología del aprendizaje aplicada a la enseñanza. Taller de Ediciones J.B. Madrid, 1974.
- BURINGER, G.: Terapia de conducta en la adicción a drogas. Análisis y Modificación de Conducta, 1976, 2, pág: 57 - 68.
- CALVO, R.: Evaluación conductual de la adicción. En Evaluación Conductual. Fernández Ballesteros y Carrobles J.A.I., Pirámide, Madrid 1981, pág: 538 - 566.

- CAUTELA, J.: The present status of covert modeling, Journal of Beh. Therapy and Experimental Psychiatrie, 1977, 8, pág: 247 - 255.
- CARITAS ESPAÑOLA-EDIS.: La población española ante las drogas. En Documentación Social, 1981 nº.42.
- COSTA, M. Y LOPEZ, E.: La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma. Papeles del Colegio, 1982, 2, pág: 17 - 22.
- CRAIGHEAD, W.E., KAZDIN, A.E. Y MAHONEY, M.J.: Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones. Omega, Barcelona, 1981.
- CUESTA, C. Y LARROSA, A: Enfermería de salud pública. En Salud Pública. U.N.E.D. 1981.
- CHALOULT, L.: Nouvelle clasifiration des drogues toxicomanógenes. Toxicomanies, vol IV, 4, 1971.
- CHITTENDEN, G.E.: An experiemntal study in measuring and modifying assertive behavior in young children. Monogr. Soc. Res. Child Developm. 1942, 7, nº 1,

DAVISON, G.G. Y NEALE, J.M.: Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental. Limusa, México, 1980.

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA.: La dependencia de las drogas. Exposición para educadores. Servicio de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid, 1981.

DOLLARD, J. Y MILLER, N.E.: Personality and psychotherapy, Mc Graw-Hill, Nueva York, 1950.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.: Los métodos en evaluación conductual. Pablo del Rio Editor, Madrid, 1979.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R.: Psicodiagnóstico. Concepto y metodología. Cincel-Kapelusz, Madrid, 1980.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. Y CARROBLES, J.A.I.: Evaluación Conductual. Pirámide, Madrid, 1981.

FERRARA, ACEBAL Y PAGANINI.: Medicina de la comunidad. Interamericana, 1976.

- FISHBEIN, M. Y AJZEN, I.: Belief, attitude, intention and behavior: and introduction to theory and research. Addison-Wesley, Reading, Mass, 1975.
- FREIXA, F., SOLER, P.A. Y COLABORADORES.: Toxicomanías un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.
- FRIEDMAN, P.M.: The effects of modeling and role playing on assertive behavior. Un published Doctoral Dissertation, University of Wisconsin, 1968.
- GEWIRTZ, J.L. Y STINGLE, K.G.: Learning of generalized imitation as the basis for identification. Psychological Review, 1968, 75, pág: 374-397.
- GIBBS, M.S.: Community psychology. Gardner Press, Nueva York, 1980.
- GOODSTADT, M.S.: Research on methods and programs of drug education. Addiction Research Foundation, Toronto, 1974.
- GOODSTADT, M.S.: Alcohol and drug education: models and outcomes. Health Education Monographs, 1978, 6, pág: 263 - 279.

- HAES, W. Y SCHUURMAN, J.: Results of an evaluation study of three drug education methods. International journal of Health Education, 1975, vol. 18.
- HANSEN, J.C., NILAND, T.M. Y ZANI, L.P.: Model reinforcement in group counseling with elementary school children. Personnel and guidance Journal, 1969, 47, pág: 741 - 744
- HERSEN, M., EISLER, R.M. Y MILLER, P.M.: Effects of practice, instructions and modeling on components of assertive behavior. Beh. Res. and Therapy, 1973, 11, pág: 443 - 451.
- HERSEN, M., MILLER, P.M. Y EISLER, R.M.: Interactions between alcoholics and their wives: A descriptive analysis of verbal and non verbal behavior. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1973, 34, pág: 516 - 520.
- HILL, J.H., LIEBERT, R.M. Y MOTT, D.E.: Vicarious extinction of avoidance behavior through films: an initial test. Psychological Reports, 1968, 12, pág: 192.

- HOLT, E.B.: Animal drive and the learning process.  
Holt, Nueva York, 1931.
- HUNPHREY, G.: Imitation and conditioned reflex. Pedago. Sem. U.S.A. 1921.
- HUNZIKER, J.C.: The use of participant modeling in the treatment of water phobias. Arizona State University, 1972.
- INSKO, C.: Theories of Attitude Change, Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1967.
- JIMENEZ BURILLO, J.: Psicología Social. U.N.E.D. Madrid, 1981.
- KANFER, F.H. Y PHILLIPS, J.S.: Principios de aprendizaje en la terapia de comportamiento. Trillas, México, 1976.
- KATZ, D. Y STOTLAND, E.: A preliminary statement to theory of attitude structure and change, en S.Koch (ed.): Psychology: Study of a Science, vol. 3, Mc Graw-Hill, Nueva York 1959, págs.: 423 - 475.

KAZDIN, A.E.: Effects of covert modeling and reinforcement on assertive behavior. J. Abnorm. Psychol. 1974, 83, pág.: 240-252.

KAZDIN, A.E.: Covert modeling, imagery assesment and assertive behavior. J. Con. Clin. Psychol. 1975, 43, pág: 716 - 724.

KAZDIN, A.E.: Assessment of imagery during covert modeling of assertive behavior. J. Beh. Ther. and Exper. Psychiat., 1976, 7, 3, pág: 213 - 221.

KRAMER, J.F. Y CAMERON, D.C.: Manual sobre dependencia de las drogas. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.

LAMBERTH, J., RAPPAPORT, H. Y RAPPAPORT, M.: Personality: An Introduction, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1978.

LAMBERTH, J.: Psicología Social. Pirámide, Madrid, 1982.

LAPORTE, J.: El consumo de drogas en el medio universitario. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional sobre Prevención



y tratamiento en las drogodependencias.

Madrid, 30 de Septiembre de 1979.

LIBERMAN, R.P.: Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta. Fontanella, Barcelona, 1976.

LIKERT, R.: Una técnica para medir actitudes. En Summer, Medición de actitudes, Trillas, México, 1976, pág: 182 - 193.

LOVAAS, O.I., BEBERICH, J.P., KASSORLA, I.C., KLYNN, G.A. Y MEISEL, J.: Establishment of a testing and labelling vocabulary in schizophrenic children. Unpublished manuscript. University of California, Los Angeles, 1966.

LOVAAS, O.I., BERBERICH, J.P., PERLOFF, B.F. Y SCHAEFFER, B.: Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. Science, 1966, 151, 705-707.

LOVAAS, O.I., DUMONT, D., KLYNN, G. Y MEISEL, J.: Program for the establishment of appropriate speech and intellectual skills in schizophrenic children. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles, 1966.

LOVAAS, O.I., FREITAG, L., NELSON, K. Y WHALEN, C.: The establishment of imitation and its use for the development complex behavior in schizophrenic child. Beh. Res. and Therapy, 1967, 5, pág: 171 - 181.

LOVAAS, O.I., LITROWNICK, A Y MANN, R.: Response latencies to auditory stimuli in autistic children during self-stimulatory behavior. Unpublished manuscript. University of California, Los Angeles, 1969.

LOVAAS, O.I., REHM, R. Y SCHREIBMAN, L.: Attentional deficits in autistic children to multiple stimulus inputs. Unpublished manuscript. University of California, Los Angeles, 1969

LOVAAS, O.I., KOEGEL, R., SIMMONS, J.Q. Y STEVENS, J.: Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. J. of Applied Behavior Analysis, 1973, 6, pág: 131 - 166.

LOVAAS, O.I.: El niño autista. Debate, Madrid, 1981

LUNA, M.D. Y BERMUDEZ, J.: Procesos de aprendizaje vicario y modificación de conducta. Una

revisión. Análisis y Modificación de Conducta, 1979, 8, pág: 110 - 145.

LUNDIN, R.W.: Personality: An experimental approach. Mcmillan, Nueva York, 1961.

MANN, PH.A.: Community Psychology. The Free Press, Nueva York, 1978.

Mc FALL.: Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertive training. J. Abnorm. Psychol., 1971, 76, pág: 295 - 303.

Mc DOUGALL.: The energies of men: a study of the fundamentals of dynamic psychology. Scribner's. Nueva York, 1932.

MEICHEMBAUM, D.: Cognitive-behavior modification. Plenum, 1977.

MENDOZA, R. Y VEGA, A.: El papel del educador ante el problema de las drogas. Pablo del Río Editor, Madrid, 1980.

MIKLICH, D.R., CHIDA, A. Y DANKER-BROWN.: Behavior modification by self-modeling without subject awareness. J. Beh. Ther. and Exp. Psychiat., 1977, 8, pág: 125 - 130.

MILLER, P.M. Y EISLER, R.M.: Abuso del alcohol y de drogas. En Modificación de Conducta. Principios, técnicas y aplicaciones. Craighead y otros. Omega, Barcelona, 1981, pág: 403 - 421.

MIROLLI, A.B.: Las drogas enfoque educativo. Ateneo Buenos Aires, 1976.

MOWRER, O.H.: Learning theory and behavior. Wiley Nueva York, 1960.

OFFER Y SABSHIN'S.: Normality. Basic Books, Nueva York, 1966.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.: Informe de un grupo de estudio: la juventud y las drogas. Serie de informes técnicos, Ginebra, 1973, 516.

PELECHANO, V.: Psicología Educativa Comunitaria en E.G.B. Monografías del Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial. Universidad de Valencia. 1979.

PELECHANO, V.: Terapia familiar comunitaria. Alfaplus, Valencia, 1980.

PELECHANO, V.: Modelos básicos de aprendizaje. Alfa-plus, Valencia, 1980.

PINILLOS, J.L.: Principios de psicología. Alianza Editorial, Madrid, 1975.

PIQUERAS, F.: Informe sobre el alcoholismo. Naranco, Oviedo, 1973, pág: 7 - 9.

POSER, E.G.: Strategies for the behavioral prevention. En The behavioral management of anxiety, depression and pain. Brunner-Mazel Nueva York, 1976, pág: 35 - 53.

RACHMAN, S., HODGSON, R. Y MARKS, F.: The treatment of an obsessional-compulsive disorder by modeling, Behav. Res. and Therapy, 1970 8, pág: 385 - 392.

RACHMAN, S., HODGSON, R. Y MARKS, F.: The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. Beh. Res. and Therapy, 1971, 9, pá: 237 - 247.

RACHMAN, S., MARKS, I.M. Y HODGSON, R.: The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. Beh. Res. and Therapy, 1973, 11, pág: 463 - 471.

- RAPPAPORT, J. Y CHINSKY, J.M.: Models for delivery of service: An historical and conceptual perspective. Professional Psychology, 1974.
- RAPPAPORT, J.: Communitary Psychology. Holt, Nueva York, 1977.
- RIMM, D.C. Y MAHONEY, M.J.: The application of reinforcement and participant modeling procedures in the treatment of snake-phobic behavior. Beh. Res. and therapy, 1969, 1 pág: 369 - 375.
- RIMM, D.C. Y MASTERS, J.C.: Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. Trillas, México, 1980.
- RITTER, B.: The group treatment of children's snake phobias, using vicarious and contact desensitization procedures. Beh. Res. and Therapy, 1968, 6, pág: 1 - 6.
- RITTER, B.: Treatment of acrophobia with contact desensitization. Beh. Res. and Therapy, 1969, 7, pág: 41 - 45.
- RODRIGUEZ MARTOS, A Y FERNANDEZ HUERTAS, J.M.: Estudio orientativo del consumo alcohólico por par

te de una población muestral escolar de Barcelona y provincia. Revista de Psicología General y Aplicada, Madrid, 1976, 141, 142, pág: 1.079 - 1.091.

ROSENTHAL, T.L. Y REESE, S.L.: The effects of covert and overt modeling on assertive behavior. Beh. Res. and Therapy, 1976, 14, pág: 463-469.

ROTTER, J.B.: Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1954.

SARASON, I.G. Y GANZER, V.J.: Modeling and group discussion in the rehabilitation of juvenile delinquents. J. Counselg. Psychol., 1973, 20, pág: 442 - 449.

SARASON, I.G.: Psicología Anormal. Trillas, México, 1975.

SHERMAN, J.A.: Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behavior in mute psychotics. J. Abnorm. Psychol., 1965, 70, pág: 155 - 164.

SKINNER, B.F.: Ciencia y conducta humana. Fontanella, Barcelona, 1977.

- SPIEGLER, M.D., LIEBERT, R.M., McMains Y FERNANDEZ, L.E.:  
Experimental development of a modeling treatment to extinguish persistent behavior, en R.D. Rubin y C. Franks (Ed.) Advances in behavior therapy, 1968. Academic Press, Nueva York, 1969.
- SUMMERS, G.F.: Medición de actitudes. Trillas, México, 1976.
- TARDE, G.: The laws of imitation. Holt, Nueva York, 1903.
- TEASDALE, J.D. Y HINKSON, J.: Stimulant drugs: Perceived effect on the interpersonal behavior of dependent patients. International Journal of the Addictions, 1971, 6, pág: 407-417.
- TRIANDIS, H.C.: Actitudes y cambio de actitudes. Toray, Barcelona, 1974.
- VEGA, A., MENDOZA, R. Y SAGRERA, R.: El papel del educador en la prevención del abuso de las drogas. Barcelona, I.C.E. de la Universidad de Barcelona, 1978, pág: 80 - 82.



VEGA, A.: ¿Es posible una educación eficaz sobre las drogas? *Infancia y Aprendizaje*, 1980, 11, pág: 23 - 35.

WILSON, F.S. Y WALTERS, R.H.: Modification of speech output nearmute schizophenics throuh social-learning procedures. *Beh. Res. and Therapy*, 1966, 4, pág: 59 - 67.

WOLPE, J. Y LAZARUS, A.A.: *Behavior Therapy Techniques*. Oxford, Pergamon, 1966.

ZAX, M. Y COWEN, E.L.: *Abnormal psychology: Changing conceptions*. Holt, Rinehart y Winston, Nueva York, 1972.