
¿Se puede prevenir el consumo de heroína?

AMADOR CALAFAT^(1,2); ELISARDO BECOÑA^(1,3)

(1) Irefrea.

(2) Director revista Adicciones.

(3) Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a: Amador Calafat. Rambla, 15, 2º, 3º. 07003 Palma de Mallorca. E-mail: adicciones@socidrogalcohol.org.

RESUMEN

El consumo de heroína en los países occidentales está estancado, pero existen zonas y colectivos determinados donde hay una mayor facilidad actualmente para iniciarse en su consumo. Se advierte que en el pasado la expansión de heroína fue en ocasiones bastante rápida. La prevención de su consumo es una prioridad, como lo es el de las otras drogas. Pero los programas preventivos convencionales tanto escolares como familiares se aplican a edades anteriores normalmente al inicio del consumo de heroína, y existe poca evaluación sobre su eficacia a largo plazo sobre esta sustancia.

Se analizan factores de riesgo y protección con especial relevancia para el consumo de heroína como el género, la genética vs. ambiente, la percepción social, la influencia de la cultura recreativa,.... Analizamos las evidencias que existen sobre la hipótesis de la escalada y su relación con el consumo de heroína.

Se concluye que es importante realizar un seguimiento de las circunstancias y características, que van cambiando con el tiempo, de los que se inician con la heroína, así como de que los centros asistenciales deben adaptarse a las necesidades cambiantes de este colectivo. Es necesario investigar más sobre como la prevención primaria o prevención universal influyen al consumo de heroína. Existen necesidades preventivas específicas que tienen determinados colectivos (p. ej., presos) que deben ser tenidas en cuenta y evaluadas.

Palabras clave: heroína, prevención, factores de riesgo, hipótesis de la escalada, nuevos usuarios.

ABSTRACT

Heroin use in Western countries is stationary but there are still specific areas and collectives where there is actually a greater facility for initiation in use. We must take into account that heroin expansion was rather rapid on occasion in the past. Prevention of its use is a priority, as it is with other drugs. But both school and family orientated conventional preventive programmes are being implemented at ages normally prior to those for the commencement of heroin use, and there is little evaluation of their long-term efficacy on this substance. Risk and protective factors specific for heroin are analysed with special attention being paid to gender, genetic v. environment, social perception, the influence of the recreational culture... We analyse the available evidence on the gateway hypothesis and its relationship with heroin use. Our conclusions are that there must be a follow-up of the circumstances and characteristics affecting those who start on heroin use nowadays, because these variables are changing over time; in addition we believe that treatment centres must adapt to the changing needs of this collective of new heroin users. It is necessary to investigate further into how primary and universal prevention influences heroin use. We also discuss the specific preventive needs of certain collectives (ie. prison inmates) and the need to evaluate specific preventive programs.

Key words: prevention, heroin, new users, risk factors, gateway hypothesis.

INTRODUCCIÓN

Es claro que las consecuencias que acarrea el consumo de drogas son de una gran relevancia, tanto en la esfera individual, como sanitaria y social, pasando por la familiar, orden público, económica, etc. Aunque los problemas acarreados por alcohol y el tabaco, desde un punto de vista de salud pública, son superiores a los producidos por la heroína, los ligados a esta sustancia tienen normalmente más trascendencia social debido a la alarma social que algunas veces se asocia a su consumo (robos, violencia, sobredosis, etc.). También el consumo de heroína adquiere especial relevancia por el surgimiento del VIH, cuya expansión, por lo menos en el mundo occidental, ha estado asociado fundamentalmente al uso inyectado de heroína (Ammerman, Ott, Tarter y Blackson, 1999), al igual que ocurre con la hepatitis C. Esta asociación entre el VIH y el consumo de heroína ha ido disminuyendo paulatinamente con el abandono por parte de la población usuaria de heroína de la vía parenteral, aunque este cambio no es general ni se ha producido con la misma proporción en todas las regiones españolas (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). En el momento actual el problema de la heroína no ha remitido, aunque sí ha descendido. Al tiempo, van surgiendo otras drogas con mayores consumos como ocurre actualmente con la cocaína, el cannabis, y el consumo abusivo de alcohol en fin de semana con un nuevo patrón de consumo distinto al nuestro tradicional. Existe tendencia a pensar que el consumo de heroína es un problema estabilizado y cronicado, donde no caben esperar ni grandes cambios, ni grandes sorpresas. Pero algunos datos aislados y la experiencia pasada y actual de otros países no garantizan precisamente esta visión estática del problema (Parker, Bury y Eggington, 1998)

¿Qué podemos hacer desde la ciencia preventiva ante este estado de cosas? Es claro que como dice el refrán es mejor prevenir que curar. Pero, ¿podemos hacer frente a un problema tan complejo como el del consumo

de heroína o de otras drogas, sean legales o ilegales? La respuesta es que técnicamente es posible. Otra cuestión es que se aporten los medios suficientes para que lo que pongamos en marcha obtenga los resultados adecuados a nivel de impacto.

Los objetivos que podemos conseguir con la prevención de las drogodependencias son los que se detallan a continuación (Becoña, 2002; Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001; Paglia y Pandina, 1999; Robertson, David y Rao, 2003):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Estos objetivos son los que tenemos que seguir. Son objetivos realistas y adecuados a lo que conocemos sobre las drogas y los consumidores. Esto es, el objetivo no es que todas las personas no consuman drogas. Lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables (Ammerman, R.T., Ott, P.J., Tarter, R.E. y Blackson, T.C., 1999). Esto podemos hoy hacerlo porque conocemos relativa-

mente bien varios de los anteriores factores. Además, en los últimos años se ha ampliado el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares (ej., lugar de trabajo).

Pero debemos reconocer que hacer una revisión de los programas preventivos que tengan entre sus objetivos específicos disminuir o influir sobre el consumo de heroína no es una tarea fácil, pues estos programas prácticamente no existen, si tomamos como referencia los programas de prevención primaria, familiar o comunitaria tan frecuentes en la prevención del alcohol, tabaco, marihuana, etc. La razón más evidente para que entendamos el por qué de esta situación consiste en que el inicio en el consumo de heroína normalmente es tardío. Según datos del Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2003), expuestos en la tabla 1, la edad media de inicio del consumo de heroína según la encuesta domiciliaria se situaría en los 20,7 años entre la población española de entre 15 y 64 años. Aunque seguramente el margen de variación en la edad de inicio del consumo de heroína debe ser grande, y que, sin lugar a dudas, se debe adelantar bastante si nos referimos a poblaciones en riesgo y a las generaciones más jóvenes, este inicio tardío explica porque los programas clásicos de prevención no tengan como objetivo inmediato influir sobre este consumo, pues se destinan a poblaciones de más fácil acceso (escolares, familias,...) más jóvenes y que colaboren, circunstancias que no se suelen dar entre los que están iniciándose o a punto de iniciarse en el consumo de heroína. Otra circunstancia que dificulta la aplicación de los programas preventivos clásicos a las personas proclives al consumo de heroína estaría en que normalmente el uso de dicha sustancia está precedido de varios años de uso y abuso de drogas legales e ilegales, lo cual suele ir parejo a un cierto proceso de desviación social, lo cual les aleja de los recursos normalizados para la prevención.

Tabla 1. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de heroína, España 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Hombres	20,0	20,7	19,4	21,0
Mujeres	20,3	19,3	18,0	18,5
Total	20,1	20,4	18,9	20,7

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (2003).

Por tanto la cuestión de la prevención de la heroína plantea retos bastante distintos al de las otras drogas. Entendemos que dicha revisión debería considerar por un lado si los programas de prevención 'clásicos', dirigidos sobre todo a las drogas más habituales en la primera parte de la adolescencia como son el alcohol, tabaco, marihuana, drogas recreativas, tienen finalmente también alguna influencia sobre el consumo de heroína, bien sea directamente a través de algunos de sus componentes que tienen efectos a largo plazo, o aunque sea indirectamente a través de que sus participantes han aprendido a no usar o a hacer un uso controlado de otras drogas que suelen preceder el consumo de la heroína. Hay que profundizar en las circunstancias sociales y culturales que pueden estar detrás de los nuevos consumos que se están produciendo en la actualidad. Y, en este sentido, se trataría de analizar mejor las circunstancias especiales que concurren en la iniciación en el consumo de la heroína en circunstancias específicas, como podrían ser el caso del inicio del consumo en colectivos determinados –como las prisiones–, o en determinados ambientes o ciudades. Por último, indicar que la mayor parte del esfuerzo preventivo que se está haciendo respecto a la heroína no corresponde a lo que normalmente entendemos por prevención primaria sino que va dirigido sobre todo a la reducción del riesgo (prevención de sobredosis, paso del uso parenteral a otras vías de uso, intercambio de jeringuillas, *outreach*, prevención del sida,...) que son ciertamente actuaciones de un interés extraordinario y prioritario tam-

bién, pero que no constituyen el núcleo de esta revisión.

ALGUNAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE HEROÍNA RELEVANTES PARA LA PREVENCIÓN

A continuación presentamos una serie de cuestiones claves para enmarcar y entender la prevención del consumo de heroína.

Factores de riesgo y prevención

La prevención se fundamenta en gran parte en un buen conocimiento de los factores de riesgo y protección. Necesitamos por ello tener buenos conocimientos sobre cuestiones como la escalada (con que importancia y de que forma el consumo de unas drogas pueden llegar a influir sobre el consumo de heroína), la influencia del sexo, las representaciones sociales, la importancia del ambiente y de la genética, etc., en su relación con el inicio, la consolidación, y el abandono del uso de la heroína y sobre sus relaciones con las conductas de riesgo.

Hoy conocemos relativamente bien los factores de riesgo y protección asociados con el consumo de drogas, entre ellas la heroína (ver Becoña, 2002; Calafat, 1999, 2001, 2003; Calafat, A, Bohrn, K., Juan M, Kokkevi A, Maalsté, N., & et al (1999). Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). Muñoz, Graña y Cruzado, 2000). Quizás el problema está en como manejar no sólo los factores de riesgo de tipo personal, sino también los escolares, familiares y socio-comunitarios en los programas preventivos, que tienen que ser tanto escolares como familiares y comunitarios. De ahí que, en la práctica, en vez de abarcar simultáneamente una serie de factores conocidos sólo suelen abordarse una parte del todo, centrándose la mayoría de los programas preventivos en el campo escolar. A su vez, se ha descuidado frecuentemente no incidir más en los facto-

res de protección, como puede ser un ejemplo potenciar el no consumo o los consumos moderados de drogas, o conocer mejor las estrategias de los no consumidores (Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Anttila, A., Arias, R., Bellis, M.A. et al. (2003). Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. 2004).

Uno de los factores de riesgo claves es obviamente la propia capacidad adictiva de la sustancia consumida. Y ciertamente nadie puede dudar de esta importante capacidad adictiva en el caso de los opiáceos. En una comparación entre diversas sustancias adictivas resultaba que la proporción entre personas que habían probado alguna de ellas y las que terminaban dependiendo de ellas era para el Tabaco del 32%, para la Heroína del 23%, para la Cocaína del 17%, para el Alcohol del 15% y para el Cannabis del 9% (Anthony, Warner y Kessler, 1994). Aunque estas proporciones variaran sin duda de una población a otra, no obstante nos dan una cierta dimensión de la capacidad adictiva de la heroína. Y de la importancia que tiene evitar estos primeros contactos pues aproximadamente una de cada cuatro personas que lo prueban acabarán con problemas de dependencia.

Genética vs. ambiente

Como sabemos, tanto el uso como el abuso de cualquier droga es el resultado de la concurrencia de diversos factores de riesgo, que la prevención debe tener en cuenta. La investigación sobre estas cuestiones es clave para evitar modas que pueden conducir a interpretaciones parciales y deficientes. Este es el caso por ejemplo de las primeras interpretaciones que se dieron sobre los soldados americanos que consumieron heroína durante la guerra del Vietnam y que luego supuestamente la dejarían al regresar a su país, sobreentendiéndose con ello que el ambiente y la situación de estrés eran más determinantes que la propia capacidad adictiva de la heroína. Algún estudio cercano

todavía a los acontecimientos señalaba que el 95% de los que habían sido 'adictos' a la heroína mientras estaban en Vietnam ya no lo fueron después de regresar a su país, y que dicha droga parecía haber servido las mismas funciones adaptativas que habría desempeñado el alcohol en anteriores conflictos, y que, por otra parte, no existía demasiada evidencia acerca de que el desarrollo de las tareas normales estuviesen demasiado afectadas por el uso de la heroína (Stanton, 1976).

Pero estudios posteriores no confirman esta visión tan optimista en relación con la capacidad adictiva de la heroína. Para empezar, habría que tener en cuenta que muy pocos soldados se inyectaban la heroína durante su estancia en Vietnam, lo cual podría estar en relación con su aparente baja dependencia inicial. Pero el hecho de haber consumido en Vietnam, sí resultó ser durante su vida futura un importante factor de riesgo para la dependencia a dicha sustancia (Robins y Slobodyan, 2003). Además, como era de esperar también, el uso de heroína en Vietnam sí resultó ser un serio problema de disciplina, sobre todo a medida que se acercaba el final de la contienda, según otras revisiones (Boman, 1982). Nuevos estudios no encontraron diferencias notables en la evolución y problemas planteados entre grupos de soldados con dependencia a la heroína que habían estado en Vietnam y otros comparables que no habían estado allí (Mintz, O'Brien y Pomerantz, 1979; Frenkel, Morgan y Greden, 1977).

Delimitar el peso de los factores de riesgo ligados al ambiente separadamente de los ligados a cuestiones genéticas no es algo fácil, entre otras cosas porque estos factores interactúan entre sí. Pero si se ha podido determinar especialmente con el estudio de gemelos la importancia que puede tener la genética. En un estudio con 3.372 gemelos varones se ha encontrado que el consumo de todas las drogas, con excepción de las psicodélicas, depende de influencias genéticas específicas (es decir, que no comparten con otras drogas) y que la heroína es la que tiene

la mayor carga genética específica (Tsuang, Lyons, Meyer, Doyle, Eisen et al., 1998).

Información importante y prometedora es también la que se puede conseguir a través de la investigación de los sistemas opioides y cannabinoides cerebrales y sus distintos receptores, tanto para aclarar como el consumo de algunas drogas puede facilitar el uso de otras. Los resultados muestran como en las ratas los estímulos reforzadores del consumo de heroína vienen mediados, al menos en parte, por la activación de los receptores cannabinoides CB1 (De Vries, Homberg, Binnekade, Raaso y Schoffelmeer, 2003).

Percepción social de la heroína

Aunque hoy en día asociamos el uso de heroína a marginalidad debido principalmente a la imagen externa de conflictividad que transmite el colectivo de consumidores, no siempre ello ha sido así. En sus inicios, al igual que ocurre con muchas otras drogas, son grupos más o menos elitistas –grupos contraculturales o incluso ligados a las clases más favorecidas socialmente– los que lo empiezan usando. Y de hecho gran parte de la amplia reacción social que ha acompañado al uso de la heroína se debió no solo a los problemas de orden público ligadas a su uso, sino también a como su uso implicaba y afectaba a los hijos de la burguesía. Esta percepción social positiva inicial tiene influencia en la primera expansión del consumo de heroína, del mismo modo que la visión negativa actual que se tiene de la sustancia hace que muchos jóvenes no se interesen por la heroína. Es típico que la imagen que se tiene de las drogas fluctúe –esto lo vemos especialmente en el caso del cannabis– y también sabemos que la percepción de la peligrosidad que se tiene de las drogas es un factor importante para que la gente lo consuma (Bachman, Johnston y O'Malley, 1998). Con la heroína estas oscilaciones también se producen y a veces de un modo rápido.

Aparentemente los nuevos consumidores de drogas recreativas basan en parte su

identidad en la oposición a todo lo que representa la heroína. La proporción de personas que siguen pensando que la heroína puede provocar muchos problemas es muy elevada entre la población española. Así lo piensan un 90,4% de su consumo habitual y un 84,2% de su consumo esporádico entre la población general de 15 a 64 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2002), pero algo preocupante es que estos niveles de preocupación bajan bastante si estudiamos la población estudiantil de enseñanza media, pues un 88,9% ven que el consumo habitual puede causar bastantes o muchos problemas, pero la proporción baja al 66,4% cuando se trata de un consumo ocasional (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). En consecuencia, y desde un punto de vista preventivo, conviene mantener la alerta sobre esta sustancia, sin pensar que se trata de una droga del pasado. El hecho concreto es que existe bastante preocupación por una nueva subida del consumo de heroína ligado a las circunstancias culturales y sociales actuales (Dean, 1999; Millar, 1998; Rosenker 2002).

Nuevos colectivos, nuevas formas de uso

La imagen del heroinómano crónico está tan fija en la mente de todos que se ha convertido en un estereotipo a veces difícil de cambiar. Incluso en ambientes científicos y profesionales se hace referencia normalmente al problema en términos que dan por sentada esta visión de cronicidad, donde los problemas y las soluciones están bien acotadas (intercambio de jeringuillas, programas de mantenimiento con metadona, prevención de sobredosis,...). Las novedades en el enfoque, cuando las hay, estarían en las posibles ventajas del tratamiento sustitutorio con heroína o al uso de narcosalas, sin que despierte un especial interés quienes son los nuevos candidatos a consumir heroína y en que condiciones están adquiriendo su dependencia. Sin embargo la heroína va encontrando nuevos espacios de expansión, a veces lejos de los ambientes habituales con los que la asociamos. En el informe del 2003

del OEDT (2003) se señala que en al menos la mitad de los países de la UE se ha registrado cierto incremento desde mediados de la década de los 90. Aunque es un fenómeno poco estudiado todavía existen datos que asocian su consumo con ambientes recreativos de fin de semana (Gervin, Smith y Keenan, 1998; Ingold, 1998; Sherlock, 1997; Calafat et al., 1999; Parker, Buryl y Egginton, 1998). Es una situación poco frecuente pero no excepcional dado que estos jóvenes son policonsumidores y en búsqueda constante de nuevas experiencias. En ocasiones la heroína se utiliza al final de la noche para poder tranquilizarse después de consumir tantos estimulantes. El peligro de que la heroína circule entre estos ambientes de moda está en que la gente empiece a valorarla de otra forma y pierda su connotación negativa de droga peligrosa y de 'perdedores' que tiene actualmente. En el estudio de Parker, Buryl y Egginton (1998) entre 165 nuevos adictos a la heroína, encuentra que el 29% pertenecían a grupos marginales, el 7% a jóvenes integrados que correspondían al perfil de 'usuarios recreativos' y el 51% restantes correspondían a cuadros más complejos. Bastante preocupante era el hecho de que un tercio de esta misma muestra –que se limitaba a consumidores de menos de 19 años– tenía menos de 16 años.

En el Reino Unido se vienen detectando desde hace años nuevos casos de consumo de heroína ligados a zonas o ciudades donde tradicionalmente no se consumía dicha sustancia. La explicación a este fenómeno está posiblemente en que para los jóvenes de estas zonas no funciona como elementos disuasor la imagen deteriorada de los consumidores crónicos de heroína (Parker, Buryl, Egginton, 1998).

Conviene recordar aquí algunos datos del pasado acerca de la forma en que se expande la heroína. La impresión actual es que estamos ante un fenómeno estancado que se expande en todo caso lentamente a través de grandes resistencias. Pero esta visión no corresponde con lo que ha ocurrido en el pasado –sin que ello signifique nece-

sariamente que estamos ante situaciones repetibles – donde está bien documentada la capacidad epidémica de dicha droga en su expansión por ciudades americanas (Hunt y Chamber, 1976) y también europeas. En la ciudad inglesa de Wirral, de unos 340.000 habitantes, se paso a principios de los 80 de no tener prácticamente ningún heroínómano a tener cerca de 4.000 al cabo de 6 años (Parker, Baks y Newcombe, 1988). Y viceversa, en una muestra de adolescentes y jóvenes de raza negra de Harlem se pasó de un 8% de consumo durante el último año en 1970-71 a menos de un 3% durante 1975-76 (Boyle y Brunswick, 1980).

Un colectivo bien conocido como consumidor de opiáceos es el de los prisioneros tanto en España (ver tabla 2) como en otros países. Pero quizás menos conocido es el hecho de que las cárceles pueden funcionar también como lugares de iniciación en el consumo. En un estudio reciente con una amplia muestra de 3.142 presos de las cárceles inglesas y galesas se encontraba que más de una cuarta parte de los que consumían heroína se habían iniciado en el consumo en la misma cárcel (Boys, Farrell, Bebbington, Brugha, Coid, Jenkins et al., 2002).

Un grupo de riesgo especial, al que conviene prestar especial atención, es el de los hijos de los usuarios de heroína o de metadona. Al igual que se han diseñado ya programas especiales para atender a los hijos de alcohólicos como el programa Alfil (Díaz y Ferri, 2002) también empieza a existir interés en apoyar a los hijos de toxicómanos (Catalano, Haggerty, Gainey y Hoppe, 1997). Otro grupo especial está formado por los que consumen

medicamentos opiáceos conseguidos en las farmacias (antitusígenos,...). En países como Francia, donde hasta hace pocos años los tratamientos de sustitución eran escasos, era muy frecuente que muchos adictos a la heroína acudiesen a estos medicamentos como forma de controlar los cuadros de abstinencia. Pero aquí queremos hacer un especial énfasis en aquellos cuya vía de inicio puede ser el autoconsumo o debido a un efecto iatrogénico. En un estudio en Canadá entre 339 voluntarios reclutados a través de anuncios que utilizasen codeína por lo menos tres veces por semana durante unos mínimos de 6 meses, un 81% lo utilizaban por un problema de dolor crónico (Sproule, Busto, Somer, Romach y Sellers, 1999).

Género

El sexo es un elemento muy a tener en cuenta para la prevención, pues implica bastantes elementos diferenciales tanto en el inicio como en el desarrollo de la dependencia. Las pautas culturales tienen una gran influencia en como cada uno de los sexos se relaciona con las drogas. Los cambios en la socialización que están experimentando las mujeres están explicando que, según el Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas (Ministerio del Interior, 2003), en España entre 1995 y 2001 la edad media de inicio en el consumo de heroína aumentó 0,6 años, pero el comportamiento no fue homogéneo por género. Así, mientras que entre los hombres aumento un año, entre las mujeres descendió 1,8 años. De esta forma, ha cambiado el sentido de las diferencias hom-

Tabla 2. Frecuencia de consumo de distintas drogas en reclusos jóvenes

Frecuencia	D. Diseño	Cocaína	Heroína	Alcohol	Hachís
A diario		19,4	34,3	15,4	47,0
Alguna vez a la semana	17,5	23,9	6,0	43,1	21,2
Alguna vez al mes	22,2	11,9	4,5	20,0	10,6
Nunca	50,8	37,3	47,8	20,0	21,2

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (2002).

bre-mujer, de forma que en 1995 las mujeres iniciaban el consumo 0,3 años más tarde que los hombres y en 2001 lo hacían dos años y medio antes (ver tabla 1). Diversos estudios inciden en esta misma dirección señalando que existen diferencias tanto en la prevalencia, como en el curso o en la evolución final, pero que estas diferencias pueden estar desapareciendo en las sucesivas generaciones (Holdcraft e Iacono, 2004).

No obstante esta tendencia a la equiparación en estudios recientes demuestran como sigue siendo todavía importante entre las mujeres el hecho de que se inicien en el consumo a través de la influencia de un compañero varón. Entre adolescentes de 16 años del área metropolitana de Baltimore había más del doble de posibilidades de que hubiesen sido iniciadas por un amigo o novio varón que a través de cualquier otra influencia (Eaves, 2004).

Esta creciente equiparación de pautas no nos tiene que hacer olvidar que todavía existe un margen para la actuación desde la prevención que tiene que ver con potenciar esta mayor capacidad de percibir los problemas ligados al consumo de drogas (Spigner, Hawkins y Loren, 1993; Calafat et al., 2003). Es un tema sobre el que se debe seguir investigando para favorecer precisamente esta potencialidad preventiva.

Vía de administración

Como sabemos, la heroína puede consumirse inyectada, inhalada o fumada. Según que se utilice una u otra forma las consecuencias para la salud pueden ser radicalmente distintas sobre todo dada la capacidad de transmitir enfermedades como el SIDA o la hepatitis C –se calcula que entre un 40 a un 90% de los usuarios por vía intravenosa están afectados por la Hepatitis C en la UE (OEDT, 2003)- a través de la forma inyectable. Por tanto una de las tareas preventivas importantes consiste en evitar o retrasar el uso de la vía inyectable y, en el caso de

que la estén utilizando, ya tratar de que cambien dicha vía de administración o, de no ser ello posible, que adopten toda una serie de precauciones (no compartir jeringa, usar jeringas desechables o limpiarlas adecuadamente). Conseguir bajar el uso intravenoso es especialmente relevante en España pues es uno de los países con un mayor índice de seropositividad. Ello realmente se está consiguiendo pues el porcentaje de adictos a la heroína que acudían por primera vez a consulta utilizando la vía endovenosa ha pasado del 50.3% en 1991 al 17,5% en el 2001, que se corresponde con el aumento de los que utilizan la vía pulmonar (que ha pasado en el mismo período del 43,4% al 74,9%). Pero el éxito, por cuestiones que no se han investigado suficientemente, no es homogéneo en toda España pues existen todavía comunidades en que las primeras visitas que utilizan la vía parenteral están entre el 40 y el 60% (Aragón, Baleares, Cantabria y Navarra), mientras que otras todavía están entre el 20 y el 39% (Asturias, Cataluña, País Vasco y Rioja) (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). Vemos que estas cifras están lejanas de las de otros lugares como Londres donde ya en 1988 el 94% de las primeras visitas ya fumaba la heroína (Strang, J., Griffiths, P., Powis, B. y Gossop, M. 1992). Estamos pues ante una necesidad preventiva de primer orden por las consecuencias sanitarias y económicas que implica, pero que necesariamente tendrá que ir precedida de investigación que aclare porque se producen estas diferencias geográficas.

Existen tendencias actuales en el uso de la heroína que pueden volver a empeorar la situación que es el uso concomitante que se está dando de dicha sustancia con la cocaína. Los datos disponibles apuntan a que los consumidores de cocaína por vía inyectable, aun cuando no pertenecen a grupos marginales, se inyectan diariamente con una frecuencia inusitada (Bobes, J., Sáez, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. 2001).

DÓNDE COMENZAR LA PREVENCIÓN: HIPÓTESIS DE LA ESCALADA Y CONSUMO DE HEROÍNA

El modelo que subyace a la prevención de las drogodependencias es el de la escalada del consumo de drogas desde las drogas legales (tabaco y alcohol) a la marihuana y de ésta a la cocaína y heroína. Kandel (1973, 1975) desarrolló una teoría secuencial de la implicación en el consumo de drogas en una línea semejante a la teoría de la escalada. En sus estudios encontró cuatro fases para el consumo de drogas, que iban del consumo de drogas legales a las ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Lo cierto es que estas fases se han confirmado tanto en distintos estudios en Estados Unidos (ej., Kandel, 2002), como en otros países, entre ellos el nuestro (ej., Recio, 1995), indicando por tanto una secuencia general de progresión estable y acumulativa entre los adolescentes. Sin embargo, no hay que olvidar que esto lo hay que considerar en términos de probabilidad, no de causalidad. Esto viene a decir que aunque el uso de una droga previa no implica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, sí que de aquellos que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana. Sin embargo, no debe olvidarse que la progresión para el consumo de una droga específica está influenciada no sólo por el consumo de drogas previas, sino por otros factores como la personalidad, la genética, el estilo de vida y factores ambientales, como sabemos desde hace varias décadas (Yamaguchi y Kandel, 1984; Werch y Anzalone, 1995).

Los estudios longitudinales, a su vez, muestran que un subgrupo de adolescentes son vulnerables al proceso de escalada del uso de sustancias. Metodológicamente esto se ha analizado a través de análisis de regresión múltiple cuando se dispone de datos de consumo de drogas en dos tiempos, exami-

nando un tipo particular de escalada, tanto a través de estudios retrospectivos como longitudinales. Como un ejemplo de lo anterior, en el estudio de Kandel y Davies (1982) siguieron a una muestra de estudiantes de secundaria hasta la adultez para comprobar el consumo de marihuana tanto en adultos como años antes cuando eran adolescentes. El estudio encontró que el comienzo temprano, tener compañeros con conductas desviadas, baja participación religiosa, bajas expectativas educativas y consumo de sustancias por parte de los padres se relacionaba con el índice criterio, consumir marihuana.

Los estudios realizados por Stenbacka, Allebeck, Brandt y Romelsjö (1992) y Stenbacka, Allebeck y Romelsjö (1993), en muestras suecas, nos permite comprobar la clara relación entre las primeras drogas de la cadena y el posterior consumo de heroína. Concretamente Stenbacka et al. (1993) analizaron la relación que existe entre que a una persona le ofrezcan drogas, el consumo de cannabis y la progresión del uso de cannabis al abuso de drogas por vía intravenosa. La muestra era de todos los varones aptos para realizar el servicio militar en los años 1969-70 en Suecia, de ahí que sea de gran relevancia el mismo por el gran tamaño de la muestra y por su representatividad. Así, de la cohorte total de 50.465 varones fueron incluidos en el estudio 23.482. Evaluaron tanto variables demográficas como familiares, de ajuste escolar, relaciones con los amigos, uso de alcohol, tabaco, narcóticos y solventes esnifados; igualmente, si utilizaba drogas de modo intravenoso. También les evaluaron variables psicológicas de control emocional, madurez social y funciones psíquicas.

Del total de la muestra, al 42% les ofrecieron drogas ilegales y el 10.7% las probó. La primera de estas drogas ilícitas probadas fue el cannabis, en el 84% de los casos. De éstos, el 8% usó también drogas intravenosas. El consumo de alcohol, concretamente emborracharse, no se asociaba al consumo pero sí el mal control emocional en consumidores de cannabis o drogas por vía intravenosa. De los que utilizaron drogas ilegales

encontraron una alta proporción de desajuste social, bajo control emocional, abandono del hogar, uso de solventes volátiles, y problemas con la policía o con las autoridades juveniles respecto a los que no se las habían ofrecido. En el análisis univariado la variable más relevante era el haberse ido de casa, siendo el factor de riesgo más importante, incrementando por un factor de 20 (*odds ratio*) el abuso de sustancias por vía intravenosa, evaluada mediante *odds ratio*, respecto a no consumirlas por esa vía, así como el haber tenido problemas con la policía o con las autoridades juveniles. Otras *odds ratio* con valores significativos fueron, para el cannabis, por orden de importancia, el abuso de solventes, el haber abandonado el hogar, el fumar más de 5 cigarrillos diarios, problemas con la policía o con las autoridades judiciales, hábito de consumo de alcohol de su padre, emborracharse, bajo control emocional y economía familiar muy mala. Estas variables aparecen igualmente para el abuso de sustancias por vía intravenosa, con la excepción de que aquí la *odds ratio* es mucho mayor para dos variables: abandonar el hogar y tener contacto con la policía y la autoridad juvenil que es de 20.3. Las otras variables significativas, en la misma línea, tienen una *odds ratio* mucho mayor que la que vimos para el consumo de cannabis.

Por tanto, claramente el uso de otras sustancias, como alcohol, tabaco y solventes incrementa el uso de marihuana y drogas inyectadas. Además, los factores de riesgo son semejantes para una y otra sustancia. De modo más importante, este estudio encuentra que el cannabis tiene una clara relación con el abuso de drogas por vía intravenosa, y por tanto en la progresión de una a otras. Aquellos que han utilizado cannabis más de 5 veces comparados con los que lo hicieron 1-4 veces (*odds ratio* = 1), tienen una *odds ratio* de 19.5 para el análisis univariado y de 15.9 para el multivariado.

Este estudio encuentra que la clase social baja está asociada a un menor riesgo de ofrecerles drogas, probar cannabis y progresar al uso de drogas por vía intravenosa. Son otros

factores, como los hábitos de alcohol del padre o los padres divorciados, los que se asocian con un riesgo moderado para el cannabis y abuso de drogas por vía intravenosa. Nótese que algo semejante a este estudio de Suecia se ha encontrado en Estados Unidos donde la experimentación con las drogas, especialmente con la cocaína y el crack ocurre fundamentalmente en la clase media y alta (ej., Siegel, 1984).

Un resultado relevante es la relación entre drogas legales e ilegales. Aunque es cierto que sólo un pequeño número de personas pasa de las drogas legales a las ilegales (marihuana, cocaína, heroína), también lo es que hay una relación significativa entre el consumo de drogas legales y el incremento significativo de la probabilidad del consumo posterior de las ilegales. También acertadamente comentan estos autores que aunque estas variables son significativas, hay otras que lo son mucho más, y por tanto, de mayor relevancia: problemas con la policía o autoridades relacionadas con conductas desviadas juveniles y abandono del hogar. Probablemente la variable de desviación social es la que subyace a estos resultados. Aun así, no debemos olvidar que aquellos que han consumido marihuana 5 o más veces se les incrementa el riesgo de modo acusado de llegar a abusar de las drogas ilegales. También el bajo control emocional se relaciona de modo predictivo con el ofrecimiento de drogas, abuso de cannabis y posterior abuso de drogas por vía inyectada. Esto va en la línea del estudio de Kandel (1982), donde también encontró que los factores psicológicos predicen la iniciación en el abuso de drogas.

En otro estudio, Stenbacka et al. (1992) utilizaron una cohorte sueca de 8.168 varones de 18-20 años que fueron evaluados física y psicológicamente para ingresar en el servicio militar en el año 1969-70. En esa evaluación obtuvieron datos demográficos de ellos, ajuste escolar, relaciones con los padres y amigos, así como el uso de tabaco, alcohol, narcóticos, sustancias esnifadas y solventes. Además, un psicólogo se encargó de hacerles a cada uno de ellos una entrevista

estructurada para obtener información sobre control emocional, madurez social y función psíquica. Al tiempo, todas las personas detenidas en Suecia desde 1965 fueron evaluadas respecto a su consumo de drogas en relación con la vía intravenosa. Una enfermera entrenada evaluaba en los detenidos las marcas de pinchazos, cicatrices y pigmentación de la piel. En este estudio revisaron los datos de la policía de los 8.168 varones evaluados en 1969-70 desde ese momento hasta 1986. En ese tiempo detectaron que 143 de ellos, un 2% del total, tenían marcas relacionadas con el consumo previo o actual de drogas inyectadas en los registros policiales. La comparación a nivel longitudinal de las variables evaluadas en 1969-70 respecto al estado de inyectarse drogas desde ese momento al final del seguimiento en este estudio, en 1986, mostró como variables predictivas más significativas en el análisis univariado, respecto a los que no se habían inyectado, el haber tenido contacto con la policía o con autoridades de custodia juvenil, alto consumo de alcohol, trastornos psiquiátricos en el momento de la evaluación en 1969-70 y ser de clase social baja. Otras variables que incrementaban el riesgo eran el bajo control emocional y tener muchos amigos. El previo abuso de cannabis se asoció con un mayor riesgo (*odds ratio* = 3.6) y el abuso de otras drogas con un elevado riesgo (*odds ratio* = 18.3). Dentro del diagnóstico psiquiátrico los que se inyectaban drogas se caracterizaban, respecto a los que no, por un mayor número de trastornos neuróticos y trastornos de personalidad.

Otro estudio destacable es el de Tomas, Vlahov y Anthony (1990), donde analizaron la conducta previa de 222 personas que utilizaban drogas por vía intravenosa en comparación con una muestra control, donde les realizaron una entrevista clínica estructurada para evaluar la mala conducta previa y manifestaciones infantiles del trastorno de personalidad antisocial. Encontraron una *odds ratio* de 1.75 para la mala conducta previa en el grupo de consumidores de heroína respecto al resto de la población normal equivalente,

subiendo el valor de la *odds ratio* a 26.82 cuando consideraban el rango superior de la puntuación en mala conducta previa en relación al consumo de heroína por vía intravenosa. También encontraron que el consumo es más normal en minorías raciales y étnicas, en los que tenían 30-34 años y estaban divorciados, separados o solteros. Por ello, estos autores sugieren que se analicen tanto las variables de consumo de heroína como las de mala conducta previa.

La hipótesis de la escalada fue ampliamente utilizada a partir de los años 50, asumiéndose que el consumo de alcohol y tabaco conducía al consumo de marihuana, y desde ésta al consumo de heroína y cocaína. Sin embargo, este planteamiento ha tenido sus críticas. En la revisión de Werch y Anzalone (1995), donde encontraron 11 estudios que analizan la progresión del uso de drogas, de los cuales 6 son estudios longitudinales, se halla relación pero no una causalidad de las primeras a las siguientes sustancias. El que no se hayan hecho apenas estudios sobre esta cuestión ha facilitado el que la confusión haya reinado en ocasiones sobre este tema y siga incluso ahora reinando. Concretamente sobre el cannabis, son bien representativas las palabras de Hammer y Vaglum (1991), quienes después de hacer un amplio estudio sobre el inicio, mantenimiento y abandono del cannabis, sugieren que la investigación debe dirigirse a analizar los factores de personalidad y los procesos sociales que llevan a la gente joven que está en un medio de alto riesgo a ser capaz de resistir el uso de sustancias como el cannabis u otras. Esto viene a decir que tenemos un conjunto importante y al mismo tiempo "clave" de variables que se asocian al consumo de cannabis, en este caso. Algunas de ellas son las que proponen estos autores, junto a otras adicionales que habría que incluir. Así, "los factores principales que discriminan entre los adultos jóvenes que han consumido cannabis respecto a los que nunca lo han hecho son residir en zona urbana, sexo (varón), padres divorciados, problemas con la educación, desempleo, integración social y problemas

de salud. Encontramos, sin embargo, que entre aquellos que sólo han experimentado con el cannabis los problemas psicológicos no diferencian entre los que lo usan y los que no" (Hammer y Vauglum, 1990-1991, p. 905-906).

De modo semejante, Kandel (1986) encontró que la variable empleo era clave para el consumo de cannabis. Aquellos que estaban desempleados durante un largo período de tiempo y que no tenían la oportunidad de encontrar trabajo o de poder trabajar por su cuenta, tenían una mayor probabilidad de continuar consumiendo cannabis.

Pero ello no debe hacernos olvidar que sí que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales, alcohol y tabaco, en consumidores de cannabis respecto a los que no consumen, y que este consumo se relaciona con el consumo de heroína. Como concluyen Stenbacka et al. (1993) de su estudio "nuestros hallazgos también proporcionan evidencia del papel del cannabis como una escalada para el abuso de drogas más duras" (p. 38). Recientemente Kandel (2002) ha editado un libro en el que se revisan distintos estudios para comprobar el estado actual de la hipótesis de la escalada. En su capítulo de síntesis (Kandel y Jessor, 2002) exponen las tres proposiciones de dicha hipótesis y su apoyo empírico. Estas se exponen en la tabla 3, donde como se puede ver hay evidencia para las dos primeras pero no para la tercera, en la línea de lo que hemos expuesto hasta aquí. Ello les lleva finalmente a afirmar que "concluimos que las interpretaciones de la hipótesis de la escalada deberían estar restringidas a las proposiciones sobre la secuencia y la asociación. La proposición de la causalidad no tiene apoyo evidente en este momento" (Kandel y Jessor, 2002, p. 372).

Por todo ello, se puede concluir sobre lo que llevamos analizado que (Becoña, 1999): 1) existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína; 2) aunque existe relación no se puede confundir "relación" (estadística)

con "causalidad"; 3) también existen otras variables relacionadas con el consumo de heroína, como del cannabis que, a su vez, en muchos casos están en la base del consumo previo de cannabis o de heroína o cocaína que deben ser tenidas en cuenta, porque pueden ser las que explican el inicial consumo de cannabis, su mantenimiento y su progresión al consumo de cocaína o heroína y a otras conductas asociadas con dicho consumo; 4) aún así, desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto sobre el cannabis, como sobre las otras variables que se relacionan con el consumo, tanto las sustancias previas en la cadena de consumo (ej., alcohol, tabaco), como en variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (ej., rasgos de personalidad, aprendizaje); y, 5) la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

CÓMO PREVENIR EL CONSUMO DE HEROÍNA

Prevención primaria o universal para el consumo de heroína, ¿qué podemos decir?

En el campo de la prevención de las drogodependencias hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980), en prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético a prevenir,

Tabla 3. Proposiciones de la hipótesis de la escalada y evidencia actual de las mismas

Proposición	Evidencia
1. Entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Luego pueden seguir las ilegales, con el cannabis entre las legales y las ilegales.	Fuerte evidencia
2. El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más tarde.	Fuerte evidencia
3. El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo marihuana	No hay apoyo para la proposición de causalidad

Adaptado a partir de Kandel y Jessor (2002).

curar y rehabilitar. En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos (Gordon, 1987): la universal, la selectiva y la indicada. Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la *prevención universal* se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían en estos programas la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La *prevención selectiva* es aquella que se dirige a un subgrupo de personas, habitualmente adolescentes, que tienen un riesgo de ser consumidores mayor que el promedio de esas personas. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la *prevención indicada* es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumi-

dores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996).

La eficacia de la prevención escolar y familiar ha sido evaluada en lo que se refiere a drogas como el alcohol, tabaco o la marihuana (Becoña, 2002; Paglia y Room, 1999; Tobler et al., 2000). Uno de los problemas para saber si estos programas de prevención clásicos (básicamente escolares y familiares) tienen también influencia sobre el consumo de heroína –cuyo consumo puede iniciarse después de años en que se ha administrado el programa– es que las evaluaciones sobre la eficacia de los programas normalmente son a corto plazo (medio año, un año, a veces dos años) con lo que no se llega a detectar normalmente si existe dicha influencia preventiva sobre el consumo de heroína. Aunque en ocasiones si se ha llegado a poder evaluar esta influencia positiva a largo plazo, cuando se han hecho estudios de seguimiento (ej., Furr-Holden, Ialongo, Anthony, Petras y Kellam, 2004).

Por otra parte, sabemos por los estudios de seguimiento en donde se han analizado los factores de riesgo y protección, como otras variables, en relación con el consumo de drogas, que si la persona a una edad temprana, o en edades medias de la vida (adolescencia o adultez temprana), no consume drogas, o las consume sin llegar a tener importantes problemas de abuso ni tener dependencia, especialmente con las drogas de mayor consumo (como son las drogas legales y el cannabis), es menos probable que consuma drogas ilegales en ese momento temporal o en la vida adulta. Esto es especialmente claro para el consumo de la heroína y de la cocaína (ver Kandel y Jessor, 2002).

Lo cierto es que la prevención de drogas para que tenga realmente eficacia debe verse y llevarse a cabo de modo amplio, en donde hay que incluir la prevención de las distintas drogas a nivel escolar, familiar y comunitario. Es a nivel comunitario donde cobra gran relevancia la valoración social que se tenga sobre las drogas, normas y actitudes hacia las mismas, sistema legal y su cumplimiento ante el consumo, etc. La clave sería conseguir un efectivo control de la oferta. Si hay un adecuado control de la oferta, el control de la demanda, que se puede conseguir con los programas preventivos eficaces actualmente existentes, nos permitiría contener y disminuir el consumo que tenemos actualmente. Sin embargo, por esto mismo que decimos, en ocasiones las condiciones son opuestas a lo que técnicamente tendríamos que hacer. Por ejemplo, si disminuye la percepción de riesgo ante distintas drogas (como ocurre con el cannabis actualmente), si se incrementa la tolerancia social ante el consumo de las distintas drogas (las legales y las ilegales), si el sistema social ve que la mejor solución para este problema es la normalización de sus consumos, y así etc., difícil va a ser obtener una adecuada conciencia social, disponer de los medios materiales necesarios, y conseguir el objetivo preventivo que sería el más adecuado para que muchas personas no tengan años después problemas de morbilidad y mortalidad, incrementándoseles el sufrimiento

innecesariamente cuando se hacen dependientes de una sustancia. Todo lo que llevamos dicho en modo alguno es incompatible con que la persona dependiente de la heroína o de cualquier otra droga tiene que disponer de adecuados tratamientos para su dependencia, orientados bien a la abstinencia, a la reducción de daños o mismo programas de mantenimiento.

¿Los programas preventivos previenen realmente el consumo de heroína?

Hoy sabemos, cara la prevención del consumo de heroína, que: 1) los programas preventivos escolares, especialmente, junto a los familiares y comunitarios, permiten prevenir el consumo de drogas en adolescentes (Nation et al., 2003), y 2) estos efectos se mantienen conforme pasan los años, en lo que se refiere a un menor consumo, respecto a un grupo de comparación de control (Paglia y Room, 1999). Por tanto, 3) previniendo el consumo de drogas legales e ilegales estamos consiguiendo, a partir de toda la información de que disponemos a nivel epidemiológico, de factores de riesgo y protección, etiología del consumo de drogas, estudios longitudinales, secuencia del inicio del consumo de drogas en distintas edades, etc., que podemos prevenir el consumo de drogas en la vida adulta y, entre ellas, también la heroína (Botvin, Scheier y Griffin, 2002). Pero como condición básica para todo lo anterior, 4) ello se consigue con programas preventivos eficaces basados en la evidencia científica y bien evaluados (Tobler et al., 2000).

Por ejemplo, es bien sabido que el alcohol juega un papel clave para una mayor o menor implicación en el consumo de distintas drogas, especialmente cuando nos referimos al abuso de alcohol, las borracheras y todo lo que ello trae acarreado. Esto suele asociarse con mayores problemas a nivel personal, familiar, escolar y social, en ocasiones siendo estos problemas antecedentes del mayor consumo de alcohol y, en otros, consecuentes de beber abusivamente. Este consumo

abusivo incrementa la probabilidad de tener distintos tipos de problemas y dificultades y también de tener una mayor probabilidad de consumir distintas drogas ilegales, como cannabis, cocaína, drogas de síntesis y heroína (Botvin, Scheier y Griffin, 2002). Hoy también sabemos que el tabaco (Becoña, 2003) y el cannabis (Calafat, 2004) están claramente relacionados con el consumo de otras drogas. En todo lo anterior, la menor edad de comienzo en el consumo de las distintas drogas es un claro factor negativo para el individuo, ya que es un elemento que facilita incrementar el consumo en esa sustancia o pasar a consumir otras sustancias a corto, medio y largo plazo. Además, el consumo de drogas no depende de un único factor sino de varios (Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y, con frecuencia, en el consumidor están varios de estos factores de riesgo presentes.

Los estudios de psicopatología y consumo de drogas son representativos de la mayor implicación en el consumo de drogas conforme el adolescente va aumentando en su edad. La relación que existe entre drogas y psicopatología hoy está clara (Clark y Winters, 2002), en una o en otra dirección (Kendall y Kessler, 2002). Este consumo, si es importante en la edad adolescente, lleva a que se le incrementen los problemas de adulto, bien referidos al consumo de drogas o a una mayor psicopatología.

Existen pocos estudios acerca del impacto de los programas preventivos para prevenir el consumo de las últimas drogas en la secuencia de consumo. Pero los existentes (ej., Botvin et al., 1995) indican que esto se consigue, al menos para la marihuana y las anfetaminas (Pentz y Li, 2002). Dado el bajo porcentaje de consumidores de heroína es metodológicamente muy difícil poder analizar esta relación con las muestras que se utilizan actualmente. Pero en el estudio de Botvin, Griffin, Díaz, Scheier, Williams y Epstein (2000), en un seguimiento a 6 años, cuando los individuos tenían 19 años de edad, encontraron un significativo menor nivel de consumo de todas las drogas ilegales, respecto al grupo de control, consideradas todas juntas

(cocaína, heroína, anfetaminas, MDMA, etc.). De modo más concreto, también se encontró en este estudio específicamente un menor consumo de heroína y de alucinógenos en aquellos estudiantes que habían recibido el programa preventivo 6 años antes de esta evaluación, en comparación con el grupo de control.

Una última reflexión. Para conocer los efectos de la prevención tenemos que esperar 30 años (Caulkins, Pacula, Paddock y Chiesa, 2004). De ahí que nos veamos obligados en muchas ocasiones a buscar respuestas aproximadas basadas en los datos actuales, como ocurre en este caso al hablar de la prevención de la heroína, o cuando aparecen nuevas drogas o cambia el patrón de consumo o prevalencia de las existentes.

Pero lo cierto es que la prevención funciona y es eficiente. El análisis de Caulkins et al. (2004) le ha llevado a estimar el efecto de la prevención escolar sobre el consumo de drogas y si la misma es rentable, comparado con no hacer prevención, referido en su caso a los programas preventivos escolares. Concluye que el beneficio social por persona participante en un programa preventivo de drogas es de 840 dólares de ahorro, como mínimo, para un coste de 150 dólares por persona. Y, esto solo considerando los gastos ocasionados para el tabaco, el alcohol, el cannabis y la cocaína. El cálculo para la heroína no lo hacen porque estos programas se llevan a cabo a una edad donde es raro que se den los primeros consumos de heroína o los problemas de su dependencia. Pero si extrapolamos estos datos a la heroína sería claro que su impacto a nivel de ahorro sería aún mayor, especialmente porque los costes de tratamiento de un adicto a la heroína son altos, especialmente por su cronicidad. Por ello, los autores concluyen que "los programas preventivos de drogas aplicados en la escuela parecen ser una buena inversión" (p. 86) dada su buena relación coste-beneficio. En nuestra consideración, si a estos resultados añadiésemos los resultados positivos que se obtienen en los programas preventivos familiares y comunitarios, es claro que la

puesta en marcha de programas preventivos para prevenir el consumo de drogas serían aún mayores que los que se encuentran en este estudio.

UNA NOTA SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA

En ocasiones las intervenciones preventivas se agrupan en dos grandes bloques, el de reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y el de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor. Realmente, cuando hablamos de la prevención de drogas aplicada a los individuos, desde una perspectiva técnica, nos estamos refiriendo normalmente a la reducción de la demanda de drogas; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda de drogas circulante en el mercado en una concreta comunidad, región o país, aunque también es promover estilos de vida más saludables, proveer lugares de encuentro de los jóvenes que no promuevan el consumo, etc. Por el contrario, la reducción de la oferta de drogas se orienta a que en el mercado haya menos cantidad de droga disponible. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente o políticas orientadas a tal fin (Pentz, Bonnie y Shopland, 1996). Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales.

La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo (cambiar actitudes, percepciones, conductas; reducir los factores de riesgo; entrenarlo en habilidades; etc.). Cuando se realiza a un nivel más amplio, ej., escolar, familiar, comunitario, etc., el objetivo sigue siendo el individuo o grupo de individuos al que se dirige. Por el contrario, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia, a que haya menos cantidad de sustancia disponible o circulando en el

mercado. Para ello se establecen controles desde donde se produce la sustancia (cultivo, elaboración), su transporte y almaceñaje, hasta el punto de venta intermedio y final. Se relaciona con la producción, tráfico y venta de drogas, realizado por productores, elaboradores, traficantes, financiadores, transportistas, vendedores, blanqueadores de dinero, etc. Aquí la policía, los agentes de aduanas, el ejército, u otros cuerpos de seguridad, dependiendo de cada país, tienen el papel más importante. El control y lucha contra el tráfico de drogas, como así se le denomina, no se hace sólo a nivel nacional sino internacional. Existen estudios que aportan evidencias que cuando hay un exceso de oferta de heroína hay una bajada de precios, una mayor facilidad para conseguirla y una mayor pureza, y todo ello lleva a un mayor número de primeros consumos (Parker, Bury, Egginton 1998). Por tanto la prevención tiene que ver también con cuestiones geopolíticas y geoestratégicas que haga disminuir la facilidad para conseguir la droga.

Mucho es el dinero que se dedica a la reducción de la oferta. Aunque no ponemos en duda la necesidad de que es una actividad que debe seguir realizándose, si planteamos la necesidad de hacer evaluaciones exhaustivas sobre el rendimiento y el coste/ beneficio de actividades como la prevención, la represión y el tratamiento, para poder proceder a una distribución más operativa de los medios que se están utilizando. Aunque todos los tipos de intervención son necesarias, la prevención se ve como una buena alternativa para solucionar o paliar este problema (Pentz, 1999), a pesar de las dificultades inherentes al mismo. Los beneficios económicos resultantes de no aplicar prevención en las escuelas son muy superiores en casi siete veces el gasto que resulta de aplicar dichas programas según una evaluación realizada recientemente (Caulkins et al., 2004).

Con las drogas legales se puede hacer combinadamente una reducción de la oferta y de la demanda (Holder, 1999), ya que junto al entrenamiento de los adolescentes, o de los adultos, para que no consuman o abusen

de las mismas, también podemos poner en marcha medidas para que la sustancia esté menos disponible, como se puede hacer restringiendo el acceso a las mismas, incrementar los precios, incrementar la edad legal de consumo, restringir y hacer cumplir el horario legal de cierre de locales de copas, etc. Mientras que con las drogas legales las medidas de reducción de la demanda se han mostrado eficaces, como lo muestra el descenso del consumo de tabaco y alcohol en España y en otros países europeos (Calafat, 2002; Ariza y Nebot, 2004), no se puede decir lo mismo en el caso de las drogas ilegales (Holder, 1999).

Como notan Saltz et al. (1995), las intervenciones políticas y ambientales para la prevención tienen algunas importantes ventajas. No dependen de persuadir directamente a los individuos y sus efectos no decaen con el paso del tiempo. Dichas intervenciones reflejan directa e indirectamente las normas sociales acerca de lo que es y lo que no es aceptable. La evidencia de su eficacia es clara en el descenso del consumo de alcohol y tabaco.

En otros países, como en el nuestro, una polémica permanente es si primar la reducción de la oferta o la reducción de la demanda. Este es un importante debate político y social, en donde los técnicos y científicos tenemos poco peso en que nos hagan caso a lo que decimos. Es necesario un acercamiento realista al tema, establecer alianzas con los distintos sectores implicados, coordinar mejor los esfuerzos dedicados a la prevención, pero es igualmente importante coordinarse con la asistencia, el sistema penal, las escuelas, etc. Llevar la bandera de la buena práctica puede ser un buen camino para mantener los programas en el tiempo y asumir el adecuado funcionamiento de los mismos (Swisher, 2000). Como dice Nicholas Dorn (1992), con todo el pragmatismo inglés, dado que no se conoce ninguna comunidad en la que de una forma u otra no se apliquen medidas represivas respecto al uso de drogas, quizás lo inteligente es intervenir en la negociación de estas medidas represivas.

Lo cierto es que la prevención no puede ser puntual, tiene que estar mantenida en el tiempo. No puede orientarse a solucionar una crisis puntual. En el caso americano su famosa "guerra a las drogas" o "tolerancia cero" no es realista y ha sido además claramente inefectiva desde una perspectiva preventiva y pragmática, pero ello no debe impedir ver que en estos momentos casi todo el esfuerzo de investigación y evaluación en prevención se está realizando en dicho país. Y la investigación nos lleva a transmitir la clara idea de que la prevención es un labor que exige elegir programas evaluados, buscar la sinergia entre distintas actuaciones, mantenerse las actuaciones largos períodos y esperar a ver los resultados a largo plazo, no de modo inmediato o mañana mismo.

Alguna reflexión merece el mercado negro que se produce con los medicamentos prescritos para los tratamientos de mantenimiento de opiáceos. Es un fenómeno poco estudiado en España, pero en el Reino Unido está documentado que hay en estos momentos más sobredosis producidas por el consumo de metadona desviada del uso previsto que por la propia heroína. En Francia también la desviación de buprenorfina hacia mercados ilegales es frecuente.

CONCLUSIONES

1. Es necesario aumentar el conocimiento, así como realizar un seguimiento continuado, sobre las circunstancias y factores que influyen actualmente para que la gente acceda a la heroína. Es importante determinar ahora mismo si los primeros contactos con la heroína y los nuevos casos que aparecen pidiendo tratamiento surgen de colectivos donde clásicamente se viene consumiendo o bien estamos confrontados a nuevos lugares y colectivos. Para ello pueden ser necesarios estudios cualitativos que ayuden a entender estos primeros contactos y los nuevos usos que se puedan estar dando en la actualidad.

2. Aunque la apariencia de la situación de consumo actual de heroína es de estancamiento y de cronificación de los usuarios, hay que tener presente que la heroína en el pasado ha demostrado una capacidad de expansión que sigue modelos epidémicos. Si bien probablemente no se dan las circunstancias en la actualidad para que estos brotes sean tan a gran escala como en el pasado, no debemos desdeñar la idea de que se estén dando o se puedan dar pequeños brotes. Para ello deben crearse o perfeccionarse los sistemas de detección precoz de nuevos usos para poder intervenir a tiempo.

3. Muy posiblemente los servicios clásicos de tratamiento de los heroínómanos existentes en la actualidad orientados sobre todo a dar metadona, facilitar el intercambio de jeringuillas, prevenir sobredosis..., no se adapten a las necesidades de atención que requieren aquellos jóvenes que en la actualidad hagan sus primeros contactos con la heroína, e incluso cuando estén ya en las primeras fases de dependencia. No podemos pensar que es bueno incluir a todo el mundo en un programa de mantenimiento de metadona. Será pues necesario, si las circunstancias así lo requieren, adaptar o crear ex novo unidades que puedan llegar de forma ágil, adaptada y atrayente a estos 'nuevos' consumidores.

4. Tienen que potenciarse aquellos programas de prevención primaria o universal (escolares, familiares,...) que hayan demostrado su eficacia con la heroína. Ello supone que hay que trabajar más sobre estos programas, potenciando su evaluación a largo plazo para poder asegurar que funcionan después de años en que el joven ha participado en el programa, justo cuando hay posibilidades de que se inicie en la experimentación y en el uso frecuente. Tiene que investigarse también cuales son los componentes de los programas que son los que aseguran la eficacia.

5. Especial atención deben merecer aquellos colectivos concretos (internos en las prisiones, consumidores recreativos, hijos de toxicómanos, colectivos marginales,...) o zonas geográficas (ciudades, regiones,...) donde se

están descubriendo nuevos consumos. Deben estudiarse las circunstancias específicas que están propiciando el problema y proveer los instrumentos y esfuerzos necesarios para el control del problema.

6. Las nuevas generaciones de jóvenes no tienen prácticamente información sobre la heroína. Hasta ahora el conocimiento más o menos directos de consumidores crónicos de heroína había podido servir como elemento disuasor para el consumo. Por tanto hay que estar abierto y preparados, si se considera útil, a poder dar dicha información de forma que resulte eficaz.

7. Entre las distintas formas de intervenir sobre el problema de la heroína (prevención, tratamiento o represión) habrá que proponer estudios que evalúen en cada momento su necesidad y eficacia, para poder reasignar los recursos si fuese necesario.

8. Y, sobre todo lo dicho, como afirma Swisher (2000) "a pesar de existir algunas razones para el optimismo en la situación actual, es importante para el campo desarrollar un punto de vista más estratégico y a más largo plazo de cómo sostener los programas preventivos efectivos que están siendo ahora implementados más ampliamente que en el pasado" (p. 967).

REFERENCIAS

- Ammerman, R.T., Ott, P.J., Tarter, R.E. y Blackson, T.C. (1999). Critical issues in prevention of substance abuse. En R.T. Ammerman, P.J. Ott y R.E. Tarter (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Anthony, J.C., Warner, L.A. y Kessler R.C. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp. and Clin. Psychopharmacology*, 2, 244-268
- Ariza, C. y Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 359-378.

- Bachman, J.G., Johnston, L.D. y O'Malley, P.M. (1998). Explaining Recent Increases in Students' Marijuana Use: Impact of Perceived Risks and Disapproval, 1976 through 1996. *Am. J. of Public Health*, 88, 887-892.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Bobes, J., Sáez, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (Supl. 2), 23-36.
- Boman, B. (1982). The Vietnam veteran ten years on. *Aust. and N. Z. J. of Psychiatry*, 16, 107-127.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., Diaz, T., Scheier, L.M., Williams, C. y Epstein, J.A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addict. Behaviors*, 25, 796-774.
- Botvin, G.J., Scheier, L.M. y Griffin, K.W. (2002). Preventing the onset and developmental progression of adolescent drug use. En D.B. Kandel (Ed.), *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 115-138). Nueva York: Cambridge University Press.
- Boyle, J.M. y Brunswick, A.F. (1980). What happened in Harlem? Analysis of a decline in heroin use among a generation unit of urban black youth. *J. of Drug Issues*, 10, 109-130.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., et al. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction* 2002, 97, 1551.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 317-335.
- Calafat, A. (2004). *Cannabis*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A, Bohrn, K., Juan M, Kokkevi A, Maalsté, N., et al (1999). *Night life in Europe and recreative drug use*. *Sonar 98*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. *Sonar Project*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Antilla, A., Arias, R., Bellis, M.A. et al. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004) *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Calafat, A. (2004). *Cannabis*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Catalano, R.F, Haggerty, K.P, Gainey, R.R. y Hoppe, M.J. (1997). Reducing parental risk factors for children's substance misuse: preliminary outcomes with opiate-addicted parents. *Subst. Use Misuse*, 32, 699-721.
- Caulkins, J.P., Pacula, R.L., Paddock, S. y Chiesa, J. (2004). What we can –and cannot– expect from school-based drug prevention. *Drug Alcohol Rev*, 23, 79-87.
- Clark, D.B. y Winters, K.C. (2002). Measuring risks and outcomes in substance use disorders prevention research. *J. Consult. and Clin. Psychol.*, 70, 1207-1223.
- Dean, M. (1999). Britain on the brink of new heroin epidemic. *Lancet*, 353,1947.
- De Vries, T.J., Homberg, J.R., Binnekade, R., Raaso, H. y Schoffelmeer, A.N. (2003). Cannabinoid modulation of the reinforcing and motivational properties of heroin and heroin-associated cues in rats. *Psychopharmacology*, 168, 164-169.
- Díaz, R. y Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 353-374.
- Dorn, N.; Murji, K. (1992) *Drug prevention: a review of the English language literature*. Londres, RU: ISDD.

- Eaves, C.S. (2004). Heroin use among female adolescents: the role of partner influence in path of initiation and route of administration. *Am. J. of Drug Alcohol Abuse*, 30, 21-38.
- Eggert, L.L. (1996). Psychosocial approaches in prevention science: Facing the challenge with high-risk youth. *Communicating Nursing Research*, 29, 73-85.
- Frenkel, S.I., Morgan, D.W. y Greden, J.F. (1977). Heroin users among soldiers in the United States and Vietnam: comparison in retrospect. *Int. J. Addict.*, 12, 1143-1154.
- Furr-Holden, C.D., Jalongo, N.S., Anthony, J.C., Petras, H. y Kellam, S.G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug Alcohol Depend.*, 73, 149-158.
- Gardner, S.E., Brounstein, P.J., Stone, D.B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Gervin, M., Smith, L., y Keenan, E. (1998). Chasing the dragon: experience in Ireland and associations with Ecstasy. *Addiction*, 93, 601-602.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. en J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Hammer, T. y Vaglum, P. (1991). Users and nonusers within a high risk milieu of cannabis use. A general population study. *Int. J. of Addict*, 26, 595-604.
- Hammer, T. y Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction*, 85, 899-909.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol. Bull.*, 112, 64-105.
- Holder, H.D. (1999). Prevention aimed at the environment. En B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 573-594). Nueva York: Oxford University Press.
- Holdcraft, L.C. e Iacono, W.G. (2004). Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 147-58.
- Hunt, S. y Chambers, S. (1976). *The heroin epidemics: a study of heroin in the United States*. Nueva York: Spectrum.
- Ingold, R. (1998). L'Ecstasy: recherche pilote. *Toxibase*, 59-69.
- Kandel, D.B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marihuana use. *Science*, 181, 1067-1070.
- Kandel, D.B. (1975). *Stages in adolescent involvement in drug use*. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 21, 328-346.
- Kandel, D. (1996). *The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences*. *J. Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kandel, D.B. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kendall, P.C. y Kessler, R.C. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy implications, comments, and recommendations. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 70, 1303-1306.
- Miller, K.H., Christensen M.H. y Patsdaughter, C.A. (1998). Heroin chic: the new epidemic. *Nurse Spectrum*, 29; 8(13), 12-14.
- Mintz, J., O'Brien, C.P. y Pomerantz, B. (1979). The impact of Vietnam service on heroin-addicted veterans. *Am. J. of Drug Alcohol Abuse*, 6, 39-52.
- Muñoz, M., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.

- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. y Davino, K. (2002). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- OEDT (2003). *Informe anual 2003. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Parker, H., Bakx, K. y Newcomb, R. (1988). *Living with heroin: the impact of a drugs 'epidemics' on an English Community*. Milton Keynes: Open University Press.
- Parker, H., Bury, C. y Egginton, R. (1998). *New heroin outbreaks amongst young people in England and Wales. Crime Detection and Prevention Series. Paper 92*. London: Home Office. Police Research Group.
- Pentz, M.A. (1999). Prevention aimed at individual: An integrative transactional perspective. En B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 555-572). Nueva York: Oxford University Press.
- Pentz, M.A., Bonnie, R.J. y Spoplan, D.S. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39, 897-910.
- Pentz, M.A. y Li, Ch. (2002). The gateway theory applied to prevention. En D.B. Kandel (Ed.) *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 139-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). Observatorio español sobre drogas. Informe nº 6. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Recio, J.L. (1995). The influence of family, school and peers on adolescent drug misuse. *Int. J. of Addict.*, 30, 1407-1423.
- Robertson, E.B., David, S.L. y Rao, S.A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd. ed.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Robins, L.N. y Slobodyan, S. (2003). Post-Vietnam heroin use and injection by returning US veterans: clues to preventing injection today. *Addiction*, 98, 1027.
- Rosenker, D.C. (2002). Heroin reaches the well-to-do population. *Behav. Health Tomorrow*, 11(5), SR28-30
- Sherlock, K. (1997). *Extracts from a Survey*. Internet: <http://ecstasy.org>.
- Siegel, R.K. (1984). Cocaine and the privileged class: A review of historical and contemporary images. *Adv. in Alc. l Subst. Abuse*, 4, 37-49.
- Spigner, C., Hawkins, W. y Loren, W. (1993). Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students. *Women Health*, 20, 87-97.
- Stanton, M.D. (1976). Drugs, Vietnam, and the Vietnam veteran: an overview. *American J. Drug Alc. Abuse*, 3, 557-570.
- Stenbacka, M., Allebeck, P., Brandt, L. y Romelsjö, A. (1992). Intravenous drug abuse in young men: Risk factors assessed in a longitudinal perspective. *Scand. J. Soc. Med.*, 20, 94-101.
- Stenbacka, M., Allebeck, P. y Romelsjö, A. (1993). *Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 31-39.
- Sproule, B.A., Busto, U.E., Somer, G., Romach, M.K. y Sellers, E.M. (1999). Characteristics of dependent and nondependent regular users of codeine. *J. Clin. Psychopharmacology*, 19, 367-72.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B. y Gossop, M. (1992). First use of heroin: changes in route of administration over time. *Br. Med. J.*, 304, 1222-1223.
- Swisher, J.D. (2000). Sustainability of prevention. *Addictive Behaviors*, 25, 965-973.
- Thomas, J.M., Vlahov, D. y Anthony, J. (1990). Association between intravenous drug use and early misbehavior. *Drug Alcohol Depend*, 25, 79-89.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. y Strackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J. Prim. Prev.*, 20, 275-336.
- Tsuang, M.T., Lyons, M.J., Meyer, J.M., Doyle, T., Eisen, S.A. et al. (1998). Co-occurrence of abuse

of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of General Psychiatry*, 55, 964-965.

Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *J. Drug Education*, 25, 81-98.

Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood:

III. Predictors of progression. *Am. J. of Public Health*, 74, 673-681.

Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event history of analysis of family roles and marijuana use. *Am. J. Sociology*, 90, 1284-1325.