

6

Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias

6.1. Introducción

Los programas preventivos en drogodependencias abarcan múltiples posibilidades en cuanto al enfoque de partida y a sus fundamentos, pero generalmente se centran en diferentes factores de riesgo psicosocial que afectan a los adolescentes, entre los que podemos destacar las siguientes agrupaciones: ambiente familiar, influencia de los iguales, destrezas o habilidades sociales y características de personalidad (McWhirter et al., 1998). En esta misma línea Petterson et al. (1992) proponen factores comunitarios (privación económica y social, bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transacciones y movilidad, y disponibilidad de las sustancias), familiares (historia familiar de consumo, problemas de manejo de la familia, uso de drogas parental y actitudes favorables al consumo), escolares (conducta antisocial temprana, fracaso académico, bajo compromiso con la escuela) e individuales (alienación y rebeldía, conducta antisocial en la adolescencia, amigos consumidores, actitudes favorables al consumo y consumos tempranos). La concurrencia de un solo factor de riesgo en una población no implica que se desencadene el consumo de facto, pero sí es un buen indicador, que sumado a otros nos puede permitir llegar a una predicción del consumo, sobre todo, cuando existen influencias entre ellos que se potencian unos sobre otros y viceversa. Por lo tanto, los factores de riesgo son directamente proporcionales a la probabilidad de ser o no consumidor de sustancias.

Otros autores (García-Rodríguez y López-Sánchez, 1998; 2001) parten de los denominados factores de inicio a la hora de planificar actuaciones como curiosi-

dad, presión de grupo, desinformación, alternativas poco saludables para el ocio y tiempo libre, rebeldía y sensación de libertad, problemas en las habilidades de comunicación, presencia de un líder consumidor y problemas personales. Estos elementos pueden influir directamente como inductores o protectores del inicio al consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Habitualmente, dependiendo de los factores de inicio o de riesgo de los que se parte, se planifican los objetivos con el fin último de evitar, reducir o eliminar el consumo de sustancias psicoactivas de la población a la que van dirigidos. En las intervenciones se utilizan diferentes estrategias o técnicas, tomando como punto de partida los factores mencionados anteriormente. Algunas de estas estrategias y técnicas serán tratadas en este capítulo.

Nuestro objetivo es proporcionar un inventario o muestrario de técnicas que se utilizan en los programas preventivos y que son susceptibles de implementación en diferentes poblaciones.

6.2. Clasificación de la prevención

Para una comprensión óptima de la prevención y su construcción, es fundamental ubicar las actuaciones en alguna de las dos grandes clasificaciones de la prevención a la hora de planificar programas preventivos. La primera de ellas, y más clásica, es la formulada por Caplan (1964), que no ha perdido toda su vigencia en la actualidad, incluso habiendo planteamientos críticos en torno a la misma por las posibles confusiones que podría conllevar su estructuración (García-Rodríguez, 1989):

- a) **Prevención primaria.** Es la que intenta evitar el comienzo de la patología o su difusión, incluyendo a los grupos de alto riesgo. Persigue la promoción de la salud en general. En cuanto al ámbito de las drogas, desde esta clasificación se entiende la prevención en su más amplia extensión, teniendo como objetivo general el de conseguir evitar el consumo de drogas mediante cualquier medida eficiente, ya sea desde la restricción en la disponibilidad y oferta, como mediante acciones escolares, familiares o comunitarias.
- b) **Prevención secundaria.** Su objetivo prioritario es la atención, y a ser posible detención, en sus primeras fases de deterioro de los comportamientos de salud. Está mucho más centrada en el individuo.
- c) **Prevención terciaria.** Su objetivo es reducir o eliminar las consecuencias y efectos de la enfermedad. Además de ser también de corte individual gira hacia la integración y la reinserción social posterior a la supresión del problema.

La segunda de las clasificaciones, más vanguardista, es la que propone Gordon (1983), ampliada por Schinke y cols. (1986) y posteriormente por Gilchrist (1995), intentando ajustarla a una realidad acorde con los índices de riesgo y con la construcción de los programas preventivos. Posiblemente esta forma de dividir el problema es más clarificadora que la anteriormente descrita y de hecho la gran mayoría de los autores que trabajan en prevención se basan en ella hoy en día. Así mismo fue la adoptada en 1994 por el American Institute of Medicine. Gordon señala tres tipos de prevención: universal, selectiva y específica o indicada.

1. **Prevención universal.** Aglutinaría todas aquellas estrategias que se orientan hacia la población general, sin restricciones. Básicamente han de cumplir los prerequisites de no generar acciones que perjudiquen al grupo o los grupos intervenidos (evitación de la contraprevención). Podríamos asegurar que la gran mayoría de los programas escolares y muchos de los familiares se circunscriben a esta forma de prevención.
2. **Prevención selectiva.** Estrategias orientadas a grupos de mayor riesgo que la media poblacional. Su expansión es más limitada por el hecho de que su coste es mayor y por las dificultades que entraña su puesta en funcionamiento.
3. **Prevención específica, indicada o particular.** Son las estrategias más nominativas, reservadas en exclusiva a aquellos sujetos que son parte integrante de grupos de consumidores de sustancias, de forma regular.

Como vemos estas tres formas de hacer prevención se conceptualizan en función de los grupos de población a los que se dirigen y el momento de consumo en el que se encuentra la población diana. Si desarrollamos una integración formal entre las dos clasificaciones, podríamos llegar a los siguientes esquemas de las Figuras 6.1 y 6.2.

Veamos algunos ejemplos de los modelos de clasificación.

En el primer grupo estarían los denominados programas de prevención universal o programas de prevención primaria dirigidos a menores, bien en el marco de la educación para la salud o bien en aquellos que son específicos para la prevención del consumo de drogas, pero por las características de la población a la que se dirigen se centran prioritariamente en las sustancias legales como tabaco y alcohol, pudiendo tener como objetivo general retrasar la edad de inicio al consumo. Se suelen aplicar dentro del marco escolar y es uno de los más utilizados actualmente a nivel nacional e internacional.

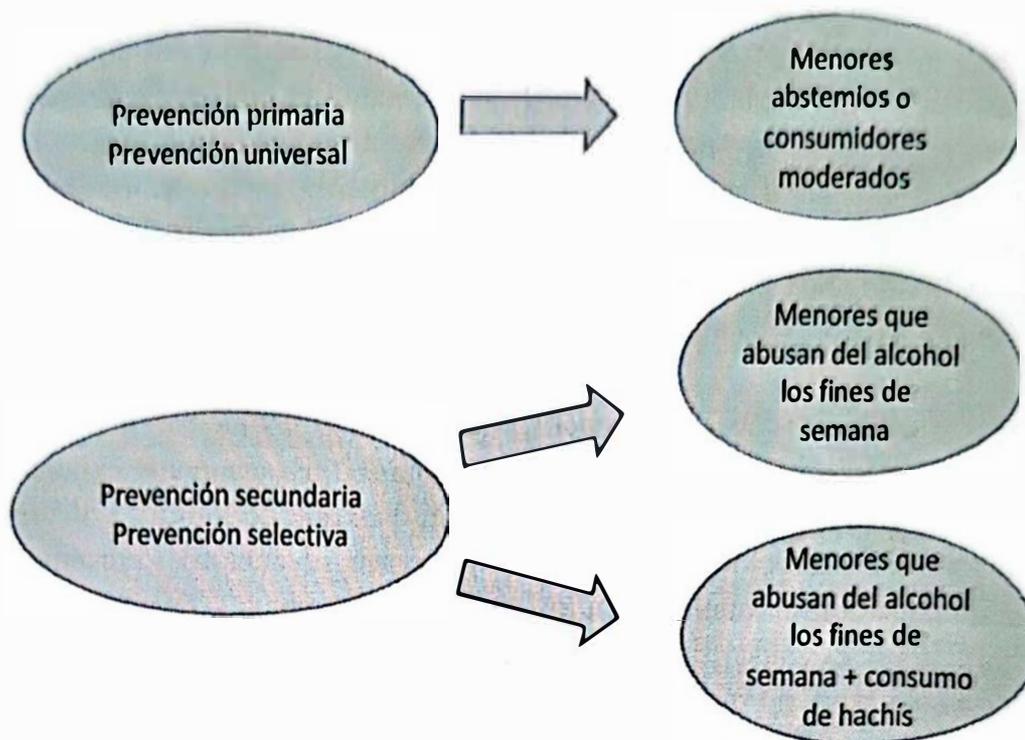


Figura 6.1. Modificado de Arbex y col. (2002).

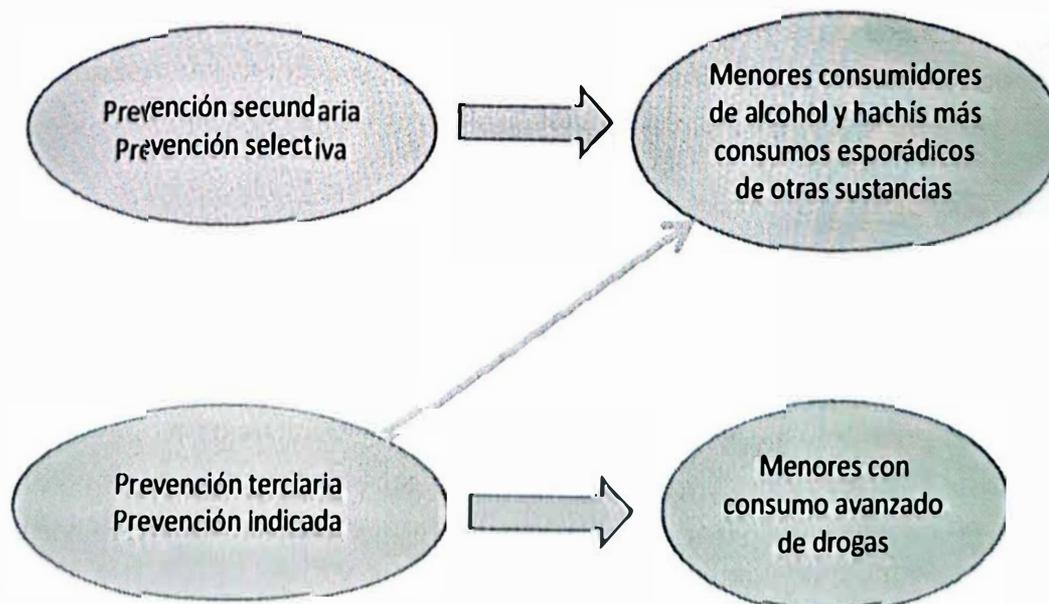


Figura 6.2. Modificado de Arbex y col. (2002).

Los programas que se enmarcan dentro de la prevención selectiva o prevención secundaria abarcan a la población que se encuentra en un consumo problemático. Como nos indican Arbex y col. (2002), en la revisión de diversos programas que se encuadran dentro de este tipo de clasificación nos encontramos con los siguientes:

- Aquellos que se sitúan en los entornos de alto riesgo como: desarraigo social, altos niveles de pobreza, elevados índices de delincuencia.
- Familias multi-problemáticas.
- Hijos de alcohólicos o drogodependientes.
- Niños con una experimentación temprana con drogas.
- Menores con problemas con la justicia.
- Adolescentes buscadores de sensaciones.

En los ejemplos expuestos en la Figura 6.1, aparecen como consumos problemáticos el alcohol y los consumos esporádicos de hachís. Entre los posibles objetivos que podríamos abordar en este tipo de intervenciones habría que centrarse, en primer lugar, en que los jóvenes tengan un mejor conocimiento de las drogas y de sus riesgos y, en segundo lugar, en determinar por parte de los profesionales qué aspectos de su desarrollo madurativo presentan ambigüedades derivadas de su período evolutivo e intervenir adaptando las estrategias en cada caso. En estos tipos de intervención suele requerirse una atención más personalizada, que únicamente se podrá realizar si los padres o el propio joven (caso poco habitual) lo demandan y, además, el menor está conforme con la intervención.

La prevención terciaria o indicada se correlaciona con lo que denominamos tratamiento del problema. Las intervenciones con menores o jóvenes necesitarían de la acción directa de diferentes profesionales, intentando cubrir todos los aspectos relacionados con el problema en centros asistenciales especializados y con estrategias de intervención tanto grupal como individual. Desde esta perspectiva se intenta actuar antes de que el sujeto pueda llegar a sufrir deterioros mayores a nivel físico, psicológico, social y escolar, generando adaptaciones de las necesidades educativas detectadas.

La metodología de gran parte de los programas preventivos está basada en técnicas educativas y en la formación de distintos aspectos de la vida, interrelacionados con el mundo de las drogas. Intentan un “adiestramiento” de los jóvenes haciendo hincapié en las variables de riesgo que inciden en la iniciación al consumo de drogas, aisladas en gran cantidad de estudios previos realizados en nuestro país (García-Rodríguez y López, 1998, Luengo y col., 1996). Los encargados de desarrollar los programas preventivos son los profesores de los alumnos en la mayoría de los casos, tras un entrenamiento en las técnicas y estrategias a utilizar.

y contando con un material bastante estructurado en una alta proporción de las intervenciones.

Los pasos previos a la elaboración de un programa los podemos secuenciar tal y como propone Becoña (2003), mediante una lista de diez pasos para implementarlos, de los que destacamos los seis siguientes con relación al tema que nos ocupa:

1. Definir el problema y las posibles actuaciones.
2. Explicar el fenómeno de consumo.
3. Explicar la necesidad e implementar estrategias preventivas.
4. Delimitar la muestra a la que van dirigidas las intervenciones.
5. Definir los objetivos de la intervención.
6. Elección de métodos y técnicas específicas de intervención.

A partir del último de los puntos expuesto, podemos enfatizar que tanto la identificación como la pertinencia de las técnicas de intervención son centrales para que un programa sea consistente y útil (ver capítulo 5), y deberá tener en cuenta los siguientes supuestos:

- a) Las técnicas van a servir para ayudar a la consecución de los objetivos propuestos en el programa preventivo.
- b) Es de vital importancia la elección y elaboración de programas de prevención que estén basados en la evidencia científica (Becoña, 2003), de este mismo modo, también lo ha de ser la elección de técnicas que intervengan para que estos programas sean eficaces. Hasta el momento las técnicas que se han mostrado más eficaces son aquellas relacionadas con los programas de entrenamiento de competencias psicosociales frente a aquellos que únicamente se centran en la información.
- c) Uno de los objetivos fundamentales de todo programa preventivo es la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002), por lo tanto se deben seleccionar técnicas adecuadas que hayan mostrado eficacia, efectividad y eficiencia en dicha tarea.
- d) Las técnicas sirven para desarrollar, implementar y adaptar programas preventivos. Por esto se ha de tener en cuenta la posibilidad de que los programas puedan ser aplicados en otros contextos distintos al contexto en que se desarrollan. Por tanto, cuando un programa preventivo ha de ser adaptado a una comunidad determinada para su aplicación, también es necesario que tanto la estructura como el modo de implementación y el contenido del mismo estén bien descritos (Spath, Redmond, Trudeau y Shin, 2002).

6.3. Distintos tipos de prevención

Las técnicas, como veremos posteriormente, son las herramientas de los programas preventivos en cualquiera de sus modelos o teorías. Se utilizan en función de los ámbitos de actuación o los grupos poblacionales a los que van dirigidas las intervenciones, para cubrir los objetivos marcados en el programa.

Los campos de acción preventiva más relevantes en la actualidad son: el escolar, el familiar, el comunitario y el laboral.

6.3.1. La prevención escolar

Hace referencia a aquellos programas que se aplican dentro del sistema educativo, y tienen como objetivo llegar a toda la población de jóvenes escolarizados, tal y como hemos señalado anteriormente enmarcada en la prevención universal. Normalmente se centran en el rango de edad que abarca a preadolescentes o adolescentes por corresponderse con el periodo crítico de iniciación al consumo. Los más habituales son los programas de “prevención inespecíficos”, denominados “programas de educación para la salud”, donde se juega con el concepto de transversalidad en las intervenciones, y que, en general, no abordan de forma directa el tema de las sustancias adictivas y sus efectos (García-Rodríguez, 1989).

Otros programas, los que denominados específicos, se centran en el abordaje concreto de las drogas legales como tabaco y alcohol, o bien se dirigen a otras drogas ilegales. La tendencia actual de la corriente específica es el tratar drogas de una forma nominal. Generalmente, las intervenciones son aplicadas por los propios profesionales de los centros educativos para reducir costes de personal. Se trata de un tipo de prevención ambiciosa que no está exenta de limitaciones ya que, como señala Becoña (2003), su máxima pretensión es llegar a todos los jóvenes escolarizados y este hecho se ve afectado porque los sujetos que más podrían necesitarla habitualmente fracasan en sus estudios o acuden poco a las clases (ver capítulo 10).

6.3.2. La prevención familiar

Es aquella que se lleva a cabo con familias en su más amplia extensión, debido a la importancia que esta tiene sobre la socialización del adolescente. Es un tipo de prevención importante ya que la evidencia científica señala que es efectiva a largo plazo. En la prevención familiar se marcan como objetivos prioritarios el desarrollo de las habilidades de educación de los padres junto con la mejora de la comunicación entre padres e hijos con el fin de reducir la probabilidad del consumo de

sustancias. Aunque tenemos plena certeza de que sin el concurso de los padres la prevención está abocada al fracaso, su escasa participación sigue siendo, sin duda, la mayor debilidad de este tipo de programas (Alhalabí Díaz et al., 2006) (ver capítulo 12).

6.3.3. La prevención comunitaria

Como nos indica García-Rodríguez (1993) experimenta una gran expansión a finales de los años ochenta, tanto en su expresión específica (incidencia concreta en las drogodependencias), como en la inespecífica (abarcando el amplio espectro de salud). Los programas comunitarios intentan cubrir a toda la población, promocionando que los diferentes sectores que la integran se impliquen activamente en todo el proceso, con el fin de conseguir la formación de una conciencia social de salud, pero incidiendo concretamente en la abstención del consumo de drogas.

6.3.4. La prevención laboral

Hace referencia a aquellos programas que se implementan en las empresas y centros de trabajo sobre sus empleados (ver capítulo 13). Aunque este tipo de prevención no cuenta con tanto apoyo ni con tantos programas como las anteriores.

La colaboración de las empresas y sus trabajadores puede ser un obstáculo a la hora de ponerla en marcha. Pero es evidente que intervenir en el lugar de trabajo tiene gran relevancia, por las siguientes cuestiones:

- El consumo de drogas no es algo que se deba limitar a determinadas etapas de la vida sino que puede estar presente en todas ellas.
- La empresa es un lugar idóneo ya que se puede intervenir a un gran número de personas adultas (población cautiva).
- El empresario debería apoyar y fomentar este tipo de intervenciones ya que el consumo de sustancias adictivas, como por ejemplo el alcohol, pueden estar vinculadas con factores de riesgo laboral, como accidentes en el puesto de trabajo e incidir directamente en el absentismo laboral.

6.3.5. Prevención desde los contenidos

Como señala Gázquez (2009), si tenemos en cuenta los contenidos de los programas preventivos, podrían clasificarse en distintos encuadres:

a) Enfoques más tradicionales:

- Los programas basados fundamentalmente en la transmisión de información.
- Los programas basados fundamentalmente en la educación afectiva.
- Los programas basados fundamentalmente en el fomento y promoción de actividades alternativas al consumo.

b) Programas fundamentados en el Modelo de influencia psicosocial:

- Programas de habilidades de resistencia.
- Programas de la mejora de competencias.

c) Programas multicomponentes.

d) Programas basados en la evidencia científica.

6.4. Técnicas informativas

Los programas preventivos basados en la información sobre sustancias aparecen a finales de los años sesenta, tras la llamada “epidemia de las drogas”, después de que los gobiernos comprobaran que las medidas legislativas no paliaban con efectividad el fenómeno de consumo que se estaba produciendo en distintas sociedades europeas. El principio activo de estos programas se basa en la creencia de que mediante una información objetiva y fehaciente de las consecuencias del consumo y de los riesgos asociados al mismo se consigue aumentar la percepción de riesgo de los posibles usuarios, modificando sus actitudes y su comportamiento de uso o abuso. En general, la información que un sujeto posee sobre las drogas engloba tanto los pensamientos, las ideas, las opiniones y las creencias que están relacionadas con las sustancias adictivas, como la percepción que se tiene acerca de las mismas y las consecuencias asociadas a su consumo. En esta línea, como ya señalaba McGuire (1985), estaríamos hablando de actitudes, dado que son representaciones cognitivas individuales que resumen la evaluación que realizamos tanto de las sustancias, como de nuestro comportamiento, el de los demás y de los sucesos o ideas acerca de los mismos. Por lo tanto, las técnicas basadas en la información entrarían a formar parte del com onen e cognitivo de las actitudes.

No obstante, una de las mayores limitaciones de esta técnica radica en que mediante la mera información no conseguimos hacer prevención o, dicho de otra manera, mediante información únicamente no conseguimos evitar el uso de sustancias, y dependiendo de la forma de transmitir el mensaje informativo podría-

mo. provocar una incitación al consumo, por una apología implícita o explícita no perseguida por el emisor, o bien potenciando la curiosidad del receptor sobre determinados aspectos del consumo o de las propias sustancias (Botvín 1999; 2000). Pero indudablemente un adecuado tratamiento de la información, adaptada a la población diana a la que van dirigidas las intervenciones, será de gran utilidad a la hora de modificar actitudes, cambiar la percepción de riesgo o desmitificar el consumo de algunas sustancias y sus efectos.

En un programa preventivo que contenga información, debemos contar, como mínimo, con cuatro bloques temáticos básicos:

- Información sobre adicciones y conceptos relacionados.
- Prevalencia de consumo.
- Mitos y realidades.
- Consecuencias del consumo de las sustancias.

6.4.1. Información sobre adicciones y conceptos relacionados

Es imprescindible que la información sea fiable y válida, ya que en muchos casos se pueden estar realizando consumos problemáticos de alguna sustancia adictiva, sin ser conocedores de ello. Por lo tanto se deben clarificar conceptos como los diferentes tipos de consumo (esporádico, moderado y problemático) siempre teniendo en cuenta la edad de la población a intervenir y el tipo de programa que se esté utilizando. También es importante la explicación de términos que pueden resultar complicados de entender por la complejidad que conllevan, como los conceptos de uso, abuso y dependencia de las sustancias adictivas.

En el ámbito escolar, por ejemplo, se pueden realizar paneles, pósteres o presentaciones en formato electrónico para trabajar sobre estos contenidos, y abordar las sustancias, tanto lícitas (tabaco, alcohol y fármacos) como ilícitas (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...), indicando la problemática de su uso y especificando la dependencia que conlleva cada una de ellas. En la misma línea, y con el objeto de que se comprendan adecuadamente los términos anteriores, podemos preparar actividades de aula donde se realicen casos prácticos basados en personas que realizan diferentes tipos de consumos y que los alumnos han de identificar.

Algunos ejemplos más para distintos grupos poblacionales los podemos encontrar en García del Castillo (2007), sobre términos básicos, sustancias y riesgos asociados a consumos.

Cuadro 6.1. *Términos básicos*
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007)

<i>Término</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
Droga	Sustancia que una vez consumida puede modificar el funcionamiento de nuestro cuerpo.	Tomamos una bebida alcohólica y nos mareamos o nos ponemos "contentos".
Uso	Consumo, utilización de una droga. Se suele entender como un consumo muy esporádico u ocasional.	Algún día excepcional nos tomamos una "copa" para celebrar algo.
Abuso	Consumo de drogas que daña nuestra salud (hablamos de salud en todas sus posibilidades: física, psicológica o social).	Nos tomamos varias "copas" y acabamos "borrachos" (nos hacemos daño físico, psicológico y social).
Dependencia	Necesidad de consumir una droga.	Llega un momento en el que tras consumir bebidas alcohólicas diariamente, necesitamos seguir bebiendo para encontrarnos "bien".
Dependencia física	Necesidad de consumir una droga a nivel orgánico.	Si necesito físicamente el alcohol y no lo tomo me darán temblores, me costará trabajo mantener el equilibrio e incluso hablar correctamente.
Dependencia psicológica	Necesidad de consumir una droga a nivel psicológico.	Si necesito psicológicamente el alcohol y no lo tomo, lo intentaré tomar por todos los medios, me encontraré nervioso y sólo me interesará tomar alcohol.
Tolerancia	Necesidad de consumir más cantidad de una droga para poder conseguir los mismos efectos que las primeras veces.	La primera vez que bebo alcohol consigo ponerme "contento" con un sola "copa". Más adelante necesitaré dos "copas", y después tres y así sucesivamente para conseguir ponerme "contento" como la primera vez.

Cuadro 6.1. (Continuación)

<i>Término</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
Síndrome de abstinencia	Necesidad <i>extrema</i> de consumir cuanto antes una droga de la que ya soy dependiente.	El enfermo alcohólico no piensa en otra cosa durante todo el día más que en beber alcohol, y todo su comportamiento va dirigido a la búsqueda y consumo de alcohol.

Cuadro 6.2. Tarjeta de identidad
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007).

<i>Nombre</i>	Alcohol.
<i>Apellidos</i>	Baja la actividad del sistema nervioso.
<i>Fecha de nacimiento</i>	Se le atribuyen unos 5.000 años de existencia conocida.
<i>Lugar de nacimiento</i>	Mesopotamia.
<i>"Padres"</i>	Las fuentes mitológicas egipcias nos dicen que la cerveza era un regalo de los dioses.
<i>Enfermedad más característica</i>	Cirrosis hepática (deterioro del hígado que causa la muerte).
<i>Clasificación</i>	Droga legal (exceptuando menores de 16 años en general y determinadas comunidades autónomas en las que está prohibido beber alcohol en la calle).
<i>Forma de consumo</i>	Oral (bebido).
<i>Ejemplo de uso</i>	Beberlo en compañía con motivo de fiestas o reuniones.

Cuadro 6.3. *Efectos y riesgos del consumo de alcohol*
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007).

<i>Efectos</i>	<i>Riesgos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y euforia. • Disminución del sentido de la responsabilidad. • Conducta agresiva. • Trastornos en la visión, náuseas y vómitos. • Disminución de la concentración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al conducir vehículos (coches, motos, bicicletas,...) no se valora el riesgo, ni se miden bien la velocidad y las distancias. • En las relaciones sexuales (al perder el control de nuestros actos) se corre el riesgo de contraer enfermedades o de un embarazo no deseado, por no tomar precauciones. • Puede haber malos tratos en el hogar. • Pueden generarse peleas en lugares públicos. • Puede disminuir el rendimiento en los estudios o en el trabajo.

6.4.2. *Información sobre la prevalencia de consumo*

Es fundamental que se indiquen las tasas de consumo del grupo poblacional con el que se está trabajando para que se pueda comprobar que el consumo de drogas no es la norma general, sino que se da en un porcentaje no tan elevado como a priori se suele pensar, puntualizando que la interpretación de las estadísticas a través de los medios de comunicación suele ser inadecuada, plasmando aspectos de la realidad de forma desmesurada y sacados de contexto. Sabemos fehacientemente que la percepción social de algunos grupos con relación al consumo de drogas son asimilados como algo normalizado apoyándose en argumentos de generalización: “es normal porque todo el mundo lo hace” lo que consigue bajar barreras de protección al consumo. Mediante la exposición de datos ejemplificados de los consumos reales, se puede romper esta creencia de normalización artificial.

Por otra parte, realizar actividades de análisis crítico acerca de los contenidos de algunos medios de comunicación puede ser de gran utilidad para enseñar a reflexionar sobre el tipo de mensajes que nos llegan a través de la prensa, la radio o la televisión. Para esta tarea se deben utilizar datos actualizados, contrastados y objetivos de las encuestas nacionales de consumo o las encuestas autonómicas, que podemos encontrar fácilmente en el Plan Nacional sobre Drogas. Resultará más preventivo no ceñirse solamente a cifras sobre consumo, sino hacer hincapié y darle un mayor énfasis a las tasas de sujetos que no consumen y contrastar con los modelos no consumidores.

6.4.3. Información sobre mitos y realidades

Desmitificar y romper las leyendas urbanas que circulan alrededor de diversas sustancias es uno de los objetivos primarios de la información. En muchos casos el consumo de algunas sustancias se ha asociado a efectos o consecuencias positivas, unas veces porque realmente puede ser cierto y en la mayoría de los casos porque se ha desvirtuado el contenido del mensaje primario o bien se ha manipulado hasta generalizarse el contrasentido.

Algunos ejemplos claros de este último extremo lo encontramos con el tabaco al que se le atribuyen popularmente efectos relajantes, cuando en realidad se trata de un excitante. El alcohol, como sustancia más cultural en nuestro país, tiene algunos mitos muy arraigados, como que abre el apetito, calienta, activa nuestra potencia sexual o es un insuperable “quitapenas” para todo aquel que se siente perdido. El cannabis sigue siendo la sustancia más paradigmática, por lo que supone de contradicción en cuanto a sus efectos y consecuencias, sobre todo desde que los defensores de su consumo publicitaron los beneficios terapéuticos de esta sustancia para determinadas patologías. Otro ejemplo singular es el caso de la cocaína que, aun percibiéndose más peligrosa que otras sustancias legales, sigue conservando el paliativo de que no es fácil engancharse y que se puede tener control absoluto sobre su consumo.

El mito del control, en general, es uno de los más usuales entre la población adolescente, hasta el punto de que se convierte en uno de los máximos argumentos para pasar de la fase experimental a consumos repetidos.

En la adaptación española del programa preventivo Entrenamiento de Habilidades para la Vida (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999), se presentan varias actividades interesantes para tratar este aspecto. Una de ellas, por ejemplo, la que denominan “prueba de temblor”, puede resultar muy útil en este sentido ya que usando medidas psicofisiológicas demuestran como el tabaco no relaja sino que provoca nerviosismo.

6.4.4. Información sobre las consecuencias del consumo de las sustancias

El último aspecto que debemos tratar tiene que ver con las consecuencias que tiene el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas. Es importante resaltar que no nos referimos únicamente a los efectos que las drogas provocan en el organismo, sino a los resultados del consumo a nivel social, psicológico, escolar, familiar y de salud en general.

Es habitual que el consumo de sustancias no tenga consecuencias negativas a corto plazo, por lo que la falta de información y la baja percepción de riesgo pueden perfectamente potenciar el consumo. Por ello es adecuado informar correcta-

ment de las consecuencias que pueden tener a corto plazo, algunos de los principales factores de riesgo, como por ejemplo el bajo rendimiento académico o los problemas en el entorno familiar, y a largo plazo el desarrollo de cuadros de dependencia o graves enfermedades físicas.

No hay que olvidar que para los más jóvenes la percepción de riesgo no suele determinarse por las consecuencias explicadas del consumo, por lo que se ha visto reiteradamente la ineficacia de utilizar métodos realistas para explicar estas consecuencias. La fórmula más ampliamente empleada a lo largo de los años en este sentido ha sido el contar con las experiencias de un drogodependiente en activo o que ha salido de un programa de desintoxicación, observándose en ocasiones la certeza de que se genera una mayor curiosidad por el consumo. Para una persona joven y sana, el riesgo de enfermar es un aspecto descartado de sus creencias, de forma que no llegan a asumir el peligro al que se someten por esta vía, al igual que ocurre con otros comportamientos de riesgo (conducción de vehículos, deportes de alto riesgo...).

6.5. Técnicas de comunicación

Las técnicas para el desarrollo de habilidades de comunicación que le permitan al adolescente mantener una comunicación eficaz son ampliamente utilizadas en los planteamientos preventivos como una herramienta fundamental. Para ello se debería trabajar con los conceptos básicos de la comunicación efectiva, los tipos de lenguaje y la escucha activa como elementos básicos e irrenunciables.

6.5.1. Comunicación efectiva

Con el objetivo de entrenar a los adolescentes en habilidades para la comunicación se les deben proporcionar una serie de estrategias que les permitan mantener una comunicación efectiva con otras personas en su vida cotidiana. De este modo se les deberían enseñar unas pautas mínimas:

- Planificación del mensaje: saber qué es lo que se va a decir.
- Utilizar del mismo código que el receptor: utilizar el lenguaje adaptado a la persona con la que se está hablando (p. ej., no es lo mismo hablar con un compañero que con un profesor).
- Utilizar la empatía: saber ponerse en la situación del otro.
- Seguir un orden lógico en la comunicación: respetar turnos, saber cuándo el otro inicia y finaliza su intervención.
- Escuchar y observar al otro.

- Preguntar continuamente: para evitar malentendidos y que el otro perciba que se le está escuchando.

6.5.2. Lenguajes verbal y no verbal

En la experiencia aplicada, resulta de gran relevancia que se les explique a los adolescentes las dos clases de lenguajes que se dan en la comunicación, es decir, el verbal y el no verbal. Puede resultarles de gran utilidad a la hora de mantener una comunicación el conocimiento de lo que significan los gestos y las expresiones de la otra persona que les habla, o la importancia de que su propio lenguaje no verbal se corresponda con el verbal.

La identificación del lenguaje no verbal es muy importante en la comunicación ya que en muchos casos este lenguaje hace que el lenguaje verbal o explícito adquiera un significado u otro (p. ej., decir que se lo está pasando bien bostezando no es lo mismo que decirlo con una sonrisa). Se trata por tanto de hacerles conscientes de la importancia de todos los canales de emisión del lenguaje en la comunicación.

Para llevarlo a cabo se pueden poner en marcha conversaciones por parejas en las que en unos casos vayan en sintonía el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal, y viceversa. Se les podrían dar tarjetas con ejemplos (p. ej., decir que sí verbalmente moviendo la cabeza negando o afirmando).

6.5.3. Escucha activa

Para completar la mejora de las habilidades de comunicación es conveniente introducir pautas para mantener una escucha activa. En primer lugar, habría que destacar la importancia que la escucha activa tiene en el proceso de comunicación, para posteriormente mostrarles a los adolescentes cuál es la forma de mejorar su escucha activa.

La escucha activa les permitirá tener un mejor conocimiento y entendimiento del emisor, les dará más tiempo para responder, más seguridad en su toma de decisiones, aumentará la fluidez de la comunicación y facilitará el llegar a acuerdos en la resolución de problemas.

Puede ser de gran utilidad darles una serie de patrones para que los pongan en práctica con sus compañeros de clase, siendo esta tarea supervisada por el profesor o encargado de implementar el programa. Algunos ejercicios que se les puede ofertar para la mejora de la escucha activa son:

- Tener una actitud positiva.
- Ser empáticos (ponerse en la situación del otro).

- No intentar cambiar al otro constantemente.
- Evitar distracciones o mostrar cansancio.
- No anticipar o terminar las frases del otro.
- Dar feedback resumiendo y preguntando con frecuencia.

6.6. Técnicas de percepción de uno mismo

Los conceptos de autoestima y autoimagen son variables importantes a tener en cuenta a la hora de trabajar con adolescentes ya que pueden modificar la conducta. Como nos indica Martínez Maldonado et al. (2008), contamos con factores en los que las habilidades sociales como la autoestima, la denegación y la competencia social pueden eliminar, disminuir o neutralizar el riesgo de iniciar o continuar el uso de algunas sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco. Estudios como el de Zhan (1999) admiten la necesidad de estudiar las habilidades sociales, como la autoestima, al igual que Bandura (1999) hace hincapié en la autopercepción de la eficacia, como predictores para poder enfrentarse y resistir a la presión del uso de sustancias adictivas.

La autoeficacia y la autoestima definen la capacidad de los adolescentes a resistir la presión de sus iguales y del ambiente que les rodea. Además, la autoeficacia se define como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones necesarias para manejar situaciones futuras. Las técnicas para la mejora de la autoimagen y autoestima pueden orientarse en mostrarles a los adolescentes la relación que existe entre cómo se perciben a sí mismos y las conductas que llevan a cabo, ayudándoles a mejorar la autoimagen y sus propias competencias.

Para desarrollar estas técnicas se les puede solicitar a los jóvenes que describan con palabras cómo se ven a sí mismos y cómo creen que la autoimagen puede afectar a sus relaciones con los demás y a su propio comportamiento en diferentes situaciones. Puede ser de utilidad que los alumnos, distribuidos por grupos, vayan definiéndose a sí mismos y que el resto de compañeros señalen si están de acuerdo o no con esa visión. En muchas ocasiones la opinión que podemos tener de nosotros mismos no coincide exactamente con la percepción del resto de las personas que nos rodean. Es importante contrastar nuestro *self* con las evaluaciones que realizan los demás para llegar a ajustar nuestras manifestaciones y expresar adecuadamente nuestras emociones, ideas y creencias.

A modo de ejemplo, en el programa de Botvin y Tortu (1988), adaptado por Luengo Martín et al. (1999) de Entrenamiento de Habilidades para la vida, se les propone a los participantes que pongan en marcha lo que se denomina, el Proyecto de autosuperación. Este proyecto consiste en que los adolescentes se pongan metas de aspectos que les gustaría cambiar de su imagen, por ejemplo, ser menos tímidos. Este plan se realizaría siguiendo una serie de pasos que irían desde la

creación de una meta de autosuperación (por ejemplo, superar la timidez) hasta la consecución de la misma a partir de la mejora de metas secundarias (por ejemplo acercándose a los demás o iniciando una conversación). Con estas aproximaciones sucesivas hacia el objetivo final, superar la timidez, los sujetos van interiorizando nuevos patrones conductuales y rompiendo sus resistencias.

6.7. Técnicas de control de emociones

Otro aspecto que se ha de trabajar en los programas preventivos es todo aquello que está relacionado con las emociones, como auténticos motores del comportamiento humano. Jóvenes y menos jóvenes apoyan normalmente muchas de sus decisiones y su conducta en emociones determinadas que dan sentido a su forma de actuar e interactuar con su medio. El control de las emociones es en sí mismo uno de los componentes primordiales a la hora de afrontar un comportamiento de adicción, marcado, normalmente, por una emoción de deseo o una expectativa de placer fomentada por los demás. Walton (2005) plantea claramente uno de los principios básicos entre emoción, conducta y control cuando suscribe "... si es posible, mediante el extenuante ejercicio de la voluntad, soslayar las emociones, sobrevivir a ellas, pero no en el sentido de sobrevivir a uno de sus ataques demolidores, sino de llegar a una suerte de sereno estado de disciplina mental en que sencillamente, no seamos ya su presa" (Walton, 2005, 16). Es por ello fundamental aprender a manejar respuestas asociadas a las emociones como la ansiedad, el deseo o determinados sentimientos.

Desde la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), se establecen dos bloques claramente diferenciados donde se analizan aquellos comportamientos centrados en situaciones de estrés ante una situación específica y los que se centrarían en torno a las emociones que podría suscitar esta. Las estrategias de afrontamiento que pueden emplearse para hacer frente a estos acontecimientos estarían condicionados por la evaluación primaria que llevara a cabo el individuo (percepción de la situación ante la que se expone) y la evaluación secundaria (cantidad y calidad de recursos que tiene el individuo para hacerle frente). Como señalan Gómez y col. (2006), el estilo de afrontamiento centrado en las emociones sería primordial en aquellas circunstancias en las que no se pueden realizar cambios, por lo que actuaría como función adaptativa.

Desde otra vertiente abierta en las emociones humanas, en principio muy orientada hacia la empresa y las organizaciones, tenemos que detenernos en la inteligencia emocional, partiendo de los estudios de uno de sus máximos representantes, Daniel Goleman. En palabras del autor: "El término inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones

que sostenemos con los demás y con nosotros mismos” (Goleman, 1999, 430). Todos y cada uno de estos conceptos tienen un peso específico significativo en cuanto a su relación con el comportamiento de consumo, ya que algunas de las variables precipitantes en el uso de sustancias estarían directamente implicadas en los estados de ánimo (sentimientos propios), la influencia de los demás (sentimientos ajenos), y el manejo de diferentes situaciones interrelacionadas con estos sentimientos. Si nuestra inteligencia emocional es alta, actuará necesariamente como un factor de protección sobre nuestra conducta de consumo.

Las características de la inteligencia emocional, según Goleman (1999), serían las siguientes:

- Capacidad de motivarnos a nosotros mismos, automotivación.
- Perseverar en el empeño, superando las posibles frustraciones que aparezcan.
- Controlar los impulsos, independientemente de las situaciones que afrontemos.
- Diferir las gratificaciones, venciendo los deseos de inmediatez.
- Regular los propios estados de ánimo, siendo conscientes de los mismos.
- Evitar que la angustia o la ansiedad frustren nuestras facultades racionales.
- Capacidad de empatizar, por difícil que sea la situación.
- Confiar en los demás, previa evaluación racional de los otros.

Cuadro 6.4. *Inteligencia emocional y comportamiento de consumo.*

<i>Inteligencia emocional</i>	<i>Comportamiento de consumo</i>
• Capacidad de automotivación	• Autoconvencimiento positivo hacia el consumo
• Perseverancia	• Omitir aspectos negativos
• Control de impulsos	• Bajar las barreras de control
• Diferir gratificaciones	• Gratificación inmediata
• Control de estados de ánimo	• Buscar estados de ánimo en función del consumo
• Evitar interferencias	• Ayudarnos del consumo para evitar frustraciones
• Empatía	• Falsas empatías
• Confianza en los otros	• Confianza traicionada

Se le ha de enseñar a los jóvenes a identificar este tipo de sensaciones y a diferenciarlas de otras que puedan aparecer, ya que es habitual en esta etapa de la vida que estas emociones estén presentes. En ocasiones pueden ser elementos que motiven el consumo de sustancias psicoactivas, como se ha comentado en el apartado anterior el uso de sustancias como el tabaco se puede identificar con la relajación.

Por todo ello, se debería dotar al adolescente de un repertorio de técnicas de control de emociones que eviten el uso de sustancias. Las más conocidas y socorridas son aquellas que hacen referencia al control de la ansiedad donde se incluyen técnicas de relajación, de pensamiento positivo y la parada de pensamientos.

6.8. Técnicas de decisión

Es un hecho irrefutable que cotidianamente afrontamos problemas nuevos que, queramos o no, no podemos ni debemos eludir. Son muchos los problemas que resolvemos diariamente de las más variadas características y grado de complejidad. Este ejercicio continuo de solucionar problemas y tomar decisiones nos encamina indefectiblemente hacia una amplia gama de soluciones que vamos aplicando a las distintas formas de problemas y, en muchas ocasiones, basamos nuestra decisión en comportamientos propios anteriores que tuvieron unas consecuencias favorables en resolver un conflicto de cualquier índole.

Los ámbitos donde más repercusión ha tenido la utilización de las técnicas de decisión han sido, sin duda, las que abarcan el campo de la organización, con trabajos tan clásicos como los de Larson (1962) o Schmidt (1958), entre muchos otros, que abordan la resolución de problemas aplicada a la organización, aunque el ámbito educativo contó con estudios anteriores como los de Dewey (1933), donde se enseñaba a los niños a formular problemas, recoger información y, finalmente, a crear y contrastar hipótesis.

Según D'Zurilla (1993) la evolución de la técnica de resolución de problemas aplicada a problemas de índole interpersonal ha sido importante en los últimos años y apunta los siguientes hechos:

- Desarrollo de estudios relacionados con la creatividad, tanto desde el ámbito educativo, como en el organizacional.
- Desarrollo de estudios relacionados con la competencia social, donde se cuestiona la importancia de la resolución de problemas en el ámbito de la enfermedad.
- Desarrollo de estudios relacionados con el estrés, donde la solución de problemas puede jugar un papel importante en su manejo.

A través del entrenamiento con estas técnicas se consigue alcanzar una toma de decisiones planificada y responsable, la evitación de las decisiones impulsivas y el desarrollo de un pensamiento crítico e independiente por parte de los jóvenes. Asimismo se consigue enseñar y demostrar que diariamente se enfrentan a multitud de decisiones y que éstas pueden tener diversas consecuencias en función de las respuestas.

Uno de los modelos más empleados en la prevención de las drogodependencias es el desarrollado por D'Zurilla y Goldfried (1971), que definen la solución de problemas como:

“... un proceso conductual, ya sea de naturaleza manifiesta o cognoscitiva, que:

- a) Hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación.
- b) Aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas diversas alternativas” (D'Zurilla y Goldfried, 1971, p. 108).

Estos autores dividen el proceso de solución de problemas en cinco fases:

1. Orientación hacia el problema: percepción y valoración de causas.
2. Definición y formulación del problema: comprensión, metas y reevaluación del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles consecuencias, valorando cada solución posible y sus consecuencias.
4. Toma de decisiones y puesta en práctica de la medida elegida.
5. Evaluación de la puesta en práctica: autoevaluación y auto-refuerzo.

En programas de prevención como Barbacana (García-Rodríguez y López, 1998, 2001), se incluye esta técnica específica, en su apartado: “Es hora de decidir”, orientada hacia un grupo de problemas que recoge un amplio espectro de posibilidades de iniciación al consumo de drogas:

- Problema 1: ¿Cómo nos afecta la curiosidad?
- Problema 2: ¿Cómo nos influyen los amigos?
- Problema 3: ¿Nos podemos divertir sin consumir drogas?
- Problema 4: ¿Las drogas ayudan a resolver problemas?
- Problema 5: ¿Es el líder del grupo nuestro mejor modelo?
- Problema 6: ¿Mejora nuestra comunicación con los demás por tomar alguna droga?
- Problema 7: ¿Soy más libre por tomar alguna droga?
- Problema 8: ¿Estoy bien informado sobre las drogas?

Se ha de proponer al alumno que siga un procedimiento por pasos que se inicie identificando la situación de toma de decisiones:

- Valorar lo que el grupo u otras personas le estén proponiendo.
- Compararlo con lo que él cree que debe hacer.
- Decidir qué es lo que más le conviene en ese momento, teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener la alternativa elegida.

Evidentemente, este procedimiento exige un trabajo individual y de grupo para poder valorar adecuadamente cada decisión adoptada y sus consecuencias posibles. Algunos programas preventivos también trabajan sobre la influencia que otros factores externos tienen sobre la toma de decisiones, como es el ejemplo de los medios de comunicación y concretamente el caso de la publicidad (García del Castillo y López-Sánchez, 2009).

6.9. Técnicas de competencia social

Hablar de competencia social es introducirnos en un campo de acción muy complejo, que se agudiza cuando éste se refiere a niños y adolescentes. Según Trianes et al. (2002), en el modelo de competencia social más consensuado por diversos autores, las habilidades que son autoevaluadas son las que mejor explican comportamientos competentes por parte de los sujetos, referidas siempre a situaciones concretas. Los comportamientos se evalúan por agentes externos en función de normas y criterios ajustados al marco de referencia sociocultural. Según los autores, los criterios varían en función de las características propias de cada persona, de las acciones a realizar, de los agentes observadores de las conductas, del tipo de familia donde se integran y de la comunidad a la que pertenecen.

Otro concepto, muy ligado al anterior, que en los últimos años ha adquirido una fuerte trascendencia en la prevención de las drogodependencias es el de resiliencia, que podríamos definirlo como una capacidad de recuperación y adaptación exitosa frente a cualquier adversidad, donde se desarrolla y potencia la competencia social, académica y vocacional. Becoña et al. (2006, p. 89), definen la resiliencia como una “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc., está relacionada con un gran número de conductas problema, como es el consumo de alcohol y de otras drogas”. Según los autores una resiliencia y competencia social altas aumentan la probabilidad de que los jóvenes sean menos consumidores de sustancias.

Para ejemplificar estas técnicas, podemos recurrir al programa de Entrenamiento de Habilidades para la Vida (Luengo et al., 1999):

- Aclarar y definir la timidez y la capacidad de regulación que tiene sobre la conducta del adolescente.
- Proporcionar habilidades a los adolescentes que les ayuden a superar dicha timidez.
- Enseñar pasos para iniciar y mantener una conversación, practicando con sus compañeros: saludar y presentarse, contar algo, escuchar y pedir opiniones, responder, sacar nuevos temas, finalizar y despedirse.
- Entrenar en habilidades para situaciones de atracción interpersonal, como por ejemplo, habilidades para pedir una cita o para aceptar o rechazar una proposición. En este caso puede ser de gran utilidad exponer los sentimientos que se pueden dar en estas situaciones (p. ej., la vergüenza), con el fin de que los adolescentes los identifiquen y hagan frente a ellos.

Las técnicas para mejorar las habilidades sociales están altamente relacionadas con las habilidades para la comunicación y la asertividad. La comunicación ya la tratamos en un apartado anterior, en cuanto a la asertividad la podemos definir como una habilidad individual que nos favorece la posibilidad de expresarnos libremente en cuanto a emociones, sentimientos, opiniones y creencias ante los demás, pero sin lesionar los derechos de los otros.

Aunque dé la sensación de complejidad lo podríamos resumir en un ejemplo claro y muy utilizado en campañas preventivas de los años noventa, cuando se proponía el eslogan de “Di no a las drogas”. La forma de expresión mediante el “NO” se configura como el parámetro central de esta habilidad personal, dado que una de las variables que más varianza explica en el inicio al consumo es la presión del grupo de iguales, y una defensa incontestable hacia esta presión es, sin duda, saber decir no en el momento adecuado.

Algunas de las características que configuran la asertividad son el aumento de las relaciones sociales, la disminución de la ansiedad ante las nuevas relaciones sociales y la mejora de la actuación en situaciones de atracción interpersonal. Todas ellas están íntimamente ligadas al inicio del consumo de sustancias.

Para el aprendizaje de esas técnicas se puede utilizar el juego de papeles como ensayo de conducta, donde se simulan situaciones de la vida real llevadas a escena ante un público crítico que analiza las actuaciones de los participantes, persiguiendo un objetivo de conducta asertiva o socialmente habilidosa. Un ejemplo del empleo de esta técnica lo encontramos en el programa Barbacana (García-Rodríguez y López, 1998, 2001):

Situación: Un grupo de amigos se reúne en un bar para pensar qué van a hacer esa tarde. Acto seguido aparece un camarero y les pregunta qué van a tomar:

Camarero: ¿Qué os pongo?
Santi: "Birra" para todos.
Paco: A mí, de tonel.
Julio: Pero de las más grandes.
Germán: Yo no quiero cerveza, a mí me pones un zumo de naranja.
Santi: (Al camarero) ¡Ni caso tío! "Birra" para todos.
Germán: (Al camarero) ¿El zumo es natural?
Paco: Venga..., vamos a ir todos entonados y tú...
Germán: ¿Yo a ti te digo algo, tío?
Julio: ¡Hombre! Por unas cañitas...
Germán: (Al camarero) Y no le pongas azúcar...
Santi: Venga, macho, que nos fastidias la marcha...
Paco: ¡Déjale! Cada cual que se lo monte como quiera...

Este tipo de situaciones se pueden adaptar a diferentes contextos, consiguiendo fortalecer un aprendizaje óptimo de la asertividad por observación de modelos o por ensayo de conducta.

6.10. A modo de conclusión

El objetivo de este capítulo es la descripción de las principales técnicas usadas en los programas de prevención y se puede apostillar para concluir que:

1. Aunque puedan existir un mayor número de técnicas, las analizadas en este capítulo pertenecen a programas preventivos basados en la evidencia que han mostrado su efectividad en la prevención de las drogodependencias.
2. Las diferentes técnicas pueden ser adaptadas y utilizadas en diversos campos.
3. Así mismo, estas técnicas no son específicas del ámbito de las drogodependencias, sino que también se pueden aplicar en otros muchos campos.

Existen otras técnicas que no se han reflejado pero que también tendrían su cabida en el campo de la prevención. Por ejemplo, uno de los mayores problemas de la prevención familiar es la escasa participación de los padres en este tipo de programas. Algunos estudios han desarrollado técnicas de motivación para mejorar las tasas de participación con resultados diversos. En nuestro país se ha tratado de llevar a cabo mediante el uso de incentivos materiales o de facilitación de acceso a estos programas (p. ej., contratar canguros para que los padres puedan asistir). Estas estrategias, aunque han marcado tendencias positivas en el proceso, han encontrado que los padres que realmente necesitan asistir a estos programas continúan sin hacerlo (Alhalabí et al., 2006).

Por último, otras técnicas que también serían aplicables al campo de la prevención son aquellas que hacen referencia a la promoción del autocambio entre aquellos sujetos con problemas de consumo de sustancias que se encuentran en las primeras fases de una adicción o aquellos que no quieren o pueden asistir a programas de tratamiento (Klingemann y Sobell, 2007). Aquí se incluyen aspectos como la autoevaluación, el balance decisional, la biblioterapia, el seguimiento telefónico breve y la creación de guías de autocambio basadas en los hallazgos de los estudios de la recuperación natural.