

Prevención

de la A a la Z

**GLOSARIO
SOBRE
PREVENCIÓN
DEL
ABUSO DE
DROGAS**

C. Alonso Sanz • T. Salvador Llivina • J. M. Suelves Joanxich •
R. Jiménez García-Pascual • I. Martínez Higuera

© Carlos Alonso Sanz, Teresa Salvador Llivina y Josep M^a Suelves Joanxich, 2004

Edita: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud

Imprime: CIRSA

Depósito Legal: M-16911-2004

Autores

Carlos Alonso Sanz
Teresa Salvador Llivina
Josep M^a Suelves Joanxich
Rafael Jiménez García-Pascual
Isabel Martínez Higuera

Colaboradores

Francisco Alvira Martín
Elisardo Becoña Iglesias
Marta Franco Fernández
Fernando Martínez González
Juan Carlos Melero Ibáñez
Sonia Moncada Bueno
Rosa Suárez Vázquez

Edita

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud



Financia

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



Índice

	Páginas
Presentación	7
Referencias a la bibliografía utilizada en cada definición	11
Acrónimos	13
Glosario de términos en prevención del abuso de drogas	15
Bibliografía	187

Presentación

Me resulta especialmente complaciente tener la oportunidad de presentar esta original obra que supone una importante aportación en el campo de la prevención en drogodependencias.

No existe una única definición de Prevención del Abuso de Drogas, y este glosario tampoco pretende darla. Está más bien concebido como una introducción a los principios y métodos de la prevención del abuso de drogas. Actualmente, y tras más de cuatro décadas de investigación y trabajo preventivo, disponemos de suficiente consenso entre científicos y expertos para empezar a trabajar desde un cuerpo teórico básico en prevención. A pesar de las importantes lagunas existentes, en los últimos años, se ha producido un sensible avance en la evaluación de la eficacia de distintos programas para promover la prevención del abuso de drogas. Las bases de estos avances se hallan en la disponibilidad de estudios epidemiológicos, en los resultados de estudios experimentales que utilizan instrumentos y métodos de análisis estadístico, y en la información complementaria presentada por estudios cualitativos de calidad que enriquecen y aportan interesantes matices a los resultados de carácter cuantitativo.

Todo ello, ha permitido a las estrategias preventivas avanzar en varias vertientes. En primer lugar se ha producido una progresiva exigencia institucional, sobre la necesidad de articular políticas de prevención basadas en la evidencia. En segundo lugar, los equipos dedicados al desarrollo de intervenciones preventivas disponen de un importante bagaje profesional, fruto de la experiencia adquirida a largo plazo. Se ha conseguido además, un grado suficiente de consenso sobre los objetivos de la prevención entre diversos sectores relevantes en prevención. Finalmente, se ha incrementado la disponibilidad de información basada en la investigación. Estos desarrollos han permitido avanzar en la definición de modelos teóricos, estrategias, conceptos, y la disponibilidad de intervenciones preventivas más eficaces.

Sin embargo, el carácter multisectorial del campo preventivo, más la incorporación constante de nuevos profesionales a la práctica preventiva, hacen que todavía hoy, sea difícil encontrar un lenguaje común en el sector. El desarrollo de actuaciones preventivas requiere la implicación colectiva de instituciones, planificadores socio-sanitarios, investigadores y profesionales que –desde distintos ámbitos- ocupan puestos clave para el desarrollo del trabajo preventivo. Además, ciertas actuaciones preventivas requieren también la implicación de instituciones, organizaciones comunitarias y personas, no especializadas en prevención. Para poder desarrollar actuaciones de calidad, desde este marco multisectorial, se requiere el

Presentación

desarrollo de esfuerzos específicos que aseguren y faciliten una formación básica común, así como el conocimiento y la adopción un lenguaje de trabajo que permita el entendimiento y la utilización de referentes compartidos que faciliten el desarrollo conjunto de actuaciones eficaces y eficientes, y por tanto, basadas en los resultados de los estudios disponibles.

Las definiciones aquí propuestas no pretenden ser completas ni absolutamente consensuadas, dado que ello requeriría de un trabajo mucho más amplio y dilatado en el tiempo. El objetivo de este volumen, es promover el uso de un cuerpo de referencia básico capaz de facilitar el trabajo y la comunicación en el sector preventivo. También pretende facilitar a los profesionales y mediadores que trabajan en el sector, una información que describa de forma sintética las características principales de modelos y programas probadamente eficaces, así como a señalar criterios de calidad básicos a tener en cuenta desde el inicio de la programación de cualquier intervención preventiva.

Como en cualquier otro ámbito del conocimiento, y desde un punto de vista formal, un glosario sobre prevención del abuso de drogas debe ser una herramienta correctamente estructurada, debe permitir la localización de cada término con claridad y debe facilitar su lectura. Desde el punto de vista de los contenidos, debe incluir toda la información actualizada que sea posible, servir de obra de referencia en todos los temas que se puedan relacionar con la prevención, contribuir a aclarar dudas y motivar al lector a que profundice en su estudio de la prevención. El volumen que ahora se presenta cumple con todos estos requisitos y los supera, especialmente por que, pensado desde un enfoque práctico y operativo, otorga un peso importante a los aspectos tanto teóricos como metodológicos, siempre desde una perspectiva científica y haciendo especial énfasis es aspectos de planificación y evaluación. La conexión de cada definición con bibliografía de referencia, facilita además la necesaria profundización en cada término de interés.

Otros trabajos recientemente publicados desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, han intentado acercar el conocimiento actual en prevención. Este glosario que ahora presentamos constituye un complemento, que pensado desde un enfoque básicamente práctico, resume y acerque aún más si cabe, los conceptos, los métodos y la evidencia disponible sobre prevención al cada vez más amplio y multidisciplinar sector que actualmente se interesa por la prevención del abuso de drogas. Es por ello que puede constituir también una herramienta útil en la formación de nuevos profesionales y mediadores, a quienes puede proporcionarles un punto inicial de referencia adecuado para orientar, de forma ágil, aspectos básicos de su trabajo.

En definitiva, este glosario proporciona una herramienta práctica para orientar programas y actuaciones encaminados a conseguir el principal objetivo de la prevención del abuso de drogas, hacer que la sociedad en general, y los grupos sociales más vulnerables puedan verse lo menos condicionados posible por los factores promotores del abuso y del uso problemático de drogas.

Presentación

Estoy seguro de que esta obra va a ser apreciada como se merece no sólo por aquellos a los que va directamente dirigida, sino también por todo un público más amplio. Sin duda se trata de un paso fundamental que espero se enriquezca con las aportaciones y sugerencias de los lectores y tenga una continuación en ediciones sucesivas, de forma que se amplíen y profundicen los temas tratados.

Mi felicitación para todos los que han colaborado en el mismo, y mi apoyo en la continuación de un trabajo que tan útil puede ser para todos los que trabajamos y nos sentimos interesados en este tema.

CÉSAR PASCUAL FERNÁNDEZ
*DELEGADO DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS*

Referencias a la bibliografía utilizada en cada definición

Cuando la definición de un término no es original, la utilización de fuentes de referencia tomadas se define según los siguientes criterios:

- “Tomado de....”** significa que está copiado literalmente (o casi literalmente)
- “Adaptado de...”** significa que está copiado, pero con cambios o adaptaciones significativas, aunque manteniendo grandes coincidencias con el original.
- “Basado en...”** elaboración propia a partir de una o varias definiciones, cuyo resultado es significativamente distinto del original.

Algunos términos que se presentan en el glosario, en ocasiones, van acompañados de su correspondiente equivalente en inglés. La finalidad es facilitar la lectura de la literatura científica de términos especiales por su relevancia en el campo de la prevención, y ayudar a identificar el término adecuado en castellano.

Acrónimos

ACHT (Aire Contaminado por Humo De Tabaco)
AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). *En español: SIDA.*
ANOVA (Analysis of Variance-Análisis de la varianza)
APA (American Psychiatric Association)
BAC (Blood Alcohol Concentration)
CEPS (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud)
CGCOF (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos)
CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)
CQI (Continuous Quality Improvement – Mejora Continua de la Calidad)
CSAP (Center for Substance Abuse Prevention)
DGPND (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)
DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV)
EAP (Employee Assistance Programme - Programa de Asistencia a Empleados)
EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
HIV (Human Immunodeficiency Virus- Virus de la Inmunodeficiencia Humana)
En español: VIH
HYE (Healthy Years Equivalent- Años equivalentes con buena salud)
IARC (International Agency for Research on Cancer)
ICD -10 (International Classification of Diseases, versión 10)
MDMA (metilendioximetanfetamina o "éxtasis")
NIDA (National Institute on Drug Abuse)
OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)
OED (Observatorio Español sobre Drogas)
OMS (Organización Mundial de la Salud)
ONG (Organización No Gubernamental)
OR (Odds Ratio)
PBC (Pasta base de coca)
PNSD (Plan Nacional sobre Drogas)
PYLL (Potential Years of Life Lost- Años Potenciales de Vida Perdidos)
QALY (Quality Adjusted Life Years- Años de Vida Ajustados por Calidad)
SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)
SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)
THC (delta-9-tetrahidrocannabinol)
UNDCP (United Nations International Drug Control Programme)
UBE (Unidad de Bebida Estándar)
VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)
WHO (World Health Organization). *En español: OMS.*

A

Abandono del experimento (Attrition). Situación que se produce cuando una persona que está tomando parte en un estudio se hace inaccesible o no elegible para su seguimiento. Suele producir sesgos a la hora de analizar los resultados del estudio.

También describe una reducción no planificada del tamaño de la muestra experimental causada por el abandono de los participantes durante el proceso de evaluación (por ejemplo, debido a cambios de domicilio).

El abandono del experimento afecta a la validez interna y externa del estudio. Sinónimo de: Pérdida o Mortalidad Experimental.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Medidas para el control del abandono del programa.

Abstinencia. Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el “abstinente” es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (por Ej., 3, 6 ó 12 meses), si bien es necesario ser cuidadoso con la definición que en cada caso se hace de este término ya que, en ocasiones, las personas que han consumido drogas una o dos veces en un año son también considerados abstinentes.

En el DSM-IV, la abstinencia es uno de los criterios para el diagnóstico de la dependencia a sustancias. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se han establecido diferentes criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Por Ej., hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos.

Basado en: UNDCP, 2000; APA, 1995.



Abuso de drogas. Los tratados vigentes de control internacional de drogas no definen el abuso de drogas, pero hacen referencia a diversos términos, incluyendo abuso, uso inadecuado y uso ilegal.

En el contexto del control internacional del tráfico de drogas, el abuso de drogas se refiere al uso de cualquier sustancia bajo control internacional para propósitos que no sean médicos o científicos, incluyendo el uso sin prescripción, dosis excesivas o el consumo durante períodos injustificadamente largos.

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1995) se utiliza el término “abuso de sustancias”.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Ver: Abuso de sustancias psicoactivas.

Abuso de sustancias psicoactivas (Substance abuse). La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses.

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias psicoactivas, los criterios para el abuso de sustancias psicoactivas no incluyen la tolerancia, la abstinencia, ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Así, los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias psicoactivas establecidos por el DSM-IV son:

Un patrón desadaptativo relacionado con el consumo de una sustancia psicoactiva que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de las siguientes situaciones, durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de una droga, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa (Ej., ausencias repetidas o bajo rendimiento, relacionados con el consumo).
- Ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela, relacionadas con el uso de la sustancia.
- Descuido de los niños o de las obligaciones del hogar o la familia.
- Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que consumir es peligroso (Ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la droga);
- Problemas legales repetidos relacionados con el uso de la sustancia (Ej., arrestos por comportamiento escandaloso o anti-social).
- Consumo continuado de la sustancia psicoactiva, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por Ej., discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Tomado de: APA, 1995.

Ver: Abuso de drogas; Dependencia de sustancias psicoactivas; Abuso de sustancias que no producen dependencia.



Abuso de sustancias que no producen dependencia. El ICD-10 lo define como el uso repetido e inapropiado de una sustancia que, aunque no tiene en sí misma potencial de dependencia, se acompaña de efectos físicos o psicológicos perjudiciales, o implica contactos innecesarios con los profesionales de la salud (o ambos). Esta categoría podría denominarse más apropiadamente “uso inadecuado de sustancias no psicoactivas”.

Los grupos de sustancias más importantes a los que hace referencia esta categoría son drogas psicotrópicas que no producen dependencia (tales como antidepresivos o neurólépticos), laxantes, analgésicos que pueden ser comprados sin receta médica (tales como aspirina, paracetamol, etc.), esteroides y otras hormonas, vitaminas y antiácidos.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Antidepresivos; Esteroides anabólicos.

Aceite de hachís. Una de las preparaciones elaboradas a partir del cánnabis.

Ver: Cánnabis.

Actitudes y consumo de drogas. Una actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación, y actuar en consonancia con esa evaluación. En ese sentido constituye una orientación social a responder a algo de manera favorable o desfavorable. Se han descrito tres componentes fundamentales de las actitudes: el cognitivo, el afectivo y el conductual. El componente cognitivo es la manera como se percibe un objeto, suceso o situación, e incluye los pensamientos, ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo. El componente afectivo de la actitud es el conjunto de emociones y sentimientos que suscita en el individuo. Finalmente, el componente conductual es la tendencia o disposición a actuar de determinadas maneras con referencia al objeto, suceso o situación.

Las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, en ocasiones propiciadas desde la familia o el grupo de iguales, constituyen un factor de riesgo para el abuso de drogas. Por esta razón, muchos programas preventivos han incorporado componentes orientados a modificar las actitudes en relación al uso de drogas, a pesar de que las actitudes son dimensiones estables y difíciles de cambiar, y de que su medida requiere el uso de instrumentos precisos.

Adaptado de: Vander Zanden, 1995; Becoña 2002

Ver: Modelo de la Acción Razonada.

Activismo social y político (Advocacy). Se refiere a las acciones y estrategias destinadas a influir en las decisiones y políticas de las comunidades y los gobiernos. El activismo está siendo reconocido como una estrategia clave en la promoción de la salud y es definido en la Carta de Ottawa como un intento de potenciar los factores políticos, económicos, sociales, culturales, mentales, conductuales y biológicos que afectan favorablemente a la salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1987).

Tomado de: UNDCP, 2000.

Ver: Promoción de la salud; Activismo social y político a través de los medios de comunicación.

Activismo social y político a través de los medios de comunicación (Media advocacy). Estrategia que utiliza los medios de comunicación como un recurso para el avan-



ce de iniciativas sociales o de política pública. Ello contrasta sustancialmente con el enfoque tradicional de la prevención a través de los medios de comunicación cuyo papel principal ha sido aumentar la concienciación sobre los problemas relacionados con el tabaco, el alcohol u otras drogas y dirigir mensajes a los individuos para que cambien su conducta con relación al consumo de estas drogas. Sin embargo, el activismo a través de los medios de comunicación cambia el mensaje, pasando del cambio de conducta individual al cambio de conducta colectiva, es decir, a las normas y a las políticas.

A través de contactos con editores o periodistas de medios de comunicación se puede generar el interés público en cambios relacionados con las prácticas promocionales de la industria de drogas legales, la publicidad, la legislación fiscal, la mejora en el cumplimiento de la legislación, las leyes sobre etiquetado, normativas escolares, políticas laborales, políticas de promoción de la salud, normas comunitarias u otros factores que pueden contribuir al consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.

Entre las estrategias que pueden contribuir a que los medios de comunicación presten atención a los temas relacionados con el consumo de drogas podemos señalar las siguientes: proporcionarles resultados de la investigación para que basen sus mensajes en datos concretos, hacer una elaboración creativa de los datos epidemiológicos y estadísticos con el fin de que resulten llamativos para la audiencia, plantear adecuadamente los temas de manera que los argumentos que apoyan la prevención sean claramente transmitidos y ganar posibilidades de acceso a los medios proporcionándoles información oportuna.

Basado en: CSAP, 1993.

Ver: Activismo social y político; Marketing social.

Adaptación del Programa. Modificación realizada en el diseño de una intervención para ajustarlo a las condiciones de aplicación o a las características de la población destinataria. Puede incluir cambios cualitativos o cuantitativos de los componentes, cambios en la audiencia, en las condiciones de aplicación y/o en la intensidad de la aplicación o de la distribución. La investigación indica que las adaptaciones son más efectivas cuando (a) la teoría subyacente al programa se comprende bien, (b) cuando los componentes centrales del programa han sido identificados y (c) cuando han sido claramente definidas las necesidades de la comunidad y de la población destinataria.

Algunos autores utilizan el término adaptación “cosmética” para referirse a cambios que sólo afectan al nombre o elementos superficiales de un programa y que se realizan para promover el sentimiento de pertenencia local. Por el contrario, la adaptación “accidental” puede implicar cambios superficiales o significativos y se refiere a cambios que los implementadores han introducido sin darse cuenta, generalmente por falta de asistencia técnica durante la implementación.

Basado en: CSAP, 2001b.

Ver: Balance entre fidelidad y adaptación.

Adecuación cultural y de edad. Refleja el grado en que una intervención o programa preventivo se adapta a los valores de diferentes grupos culturales, étnicos, raciales o de edad, para asegurar una participación activa en el programa de dichos colectivos o grupos beneficiarios.

Ver: Competencia cultural.



Adicción (al alcohol u otras drogas). Uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. La vida de las personas que presentan adicción está dominada por el consumo de sustancias, hasta la virtual exclusión de otras actividades o responsabilidades. El término adicción también expresa el sentido de que la sustancia tiene un efecto nocivo sobre la sociedad, al igual que sobre el individuo. Cuando se aplica al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo.

Desde los años 20 hasta los 60 se propuso diferenciar entre adicción y “habituación”, para referirse a este último término como a una adaptación psicológica menos severa. En los años 60, la OMS recomendó que ambos términos fueran abandonados en beneficio del término “dependencia”, el cual admite varios grados de severidad.

La “adicción” y la “dependencia” se confunden frecuentemente. Algunos autores prefieren el término “dependencia” ya que la adicción no está definida como una afección en el DSM-IV.

Tomado de: WHO, 1994; y Stahl, 1998.

Ver: Dependencia de sustancias psicoactivas.

Agentes de prevención. Personas que actúan como mediadores en un programa, no sólo facilitando la participación del grupo diana en las actividades, sino también poniendo a los individuos en situación de que tales actividades afecten a su conducta en la dirección prevista. Pueden ser profesionales (por Ej. profesores en un programa escolar) o no profesionales (voluntarios, padres, etc.).

Ver: Programa de alternativas (ocio y tiempo libre); Mediadores.

Agonista. Sustancia que actúa sobre un receptor neuronal para producir efectos similares a los de una droga de referencia. Por Ej., la metadona es un agonista similar a la morfina en relación a los receptores opiáceos.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Antagonista.

Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT). Aire que contiene humo de tabaco a distintas concentraciones. El humo de tabaco es un importante contaminante ambiental que afecta negativamente la salud, tanto de las personas que fuman como de las que no fuman voluntariamente pero se ven expuestas a respirar aire contaminado por humo de tabaco.

La parte del humo proveniente de la combustión del cigarrillo que es aspirado directamente por el fumador, se denomina corriente principal. El humo de la corriente principal se origina en un proceso de combustión con una elevada presencia de oxígeno y es filtrado al atravesar el cigarrillo en su recorrido hacia los pulmones del fumador. El resto del humo –el que se desprende del cigarrillo entre calada y calada, el que se origina en el extremo incandescente cada vez que el fumador da una calada, y el que se deriva de la combustión del



papel que recubre el cigarrillo- constituye la corriente secundaria. El humo de la corriente secundaria se produce a menor temperatura y con una menor presencia de oxígeno, y contiene un mayor número y concentración de sustancias tóxicas, monóxido de carbono, nitrosaminas y acroleína. Algunas de estas sustancias son potentes carcinógenos, como el cadmio, por ejemplo, cuya concentración en la corriente secundaria es seis veces superior.

Como la mayoría de los componentes tóxicos del humo procedentes de la corriente secundaria se presentan mayoritariamente en forma de gases, los modernos sistemas de limpieza del aire utilizados en las empresas y otros espacios cerrados resultan ineficaces para proteger a las personas de los efectos nocivos del aire contaminado por humo de tabaco (ACHT).

Adaptado de: IARC, 2002.

Alcohol. Químicamente, los alcoholes son un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos y que contienen uno o más grupos (-OH). Generalmente, cuando hablamos de “alcohol” nos referimos al alcohol etílico o etanol (C₂ H₅ OH), el cual es el componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se usa también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El alcohol es un sedativo/hipnótico con efectos similares a los barbitúricos. En las sociedades más desarrolladas el alcohol es ampliamente utilizado como droga recreativa. El consumo excesivo puede asociarse a ruptura familiar, violencia, abuso de menores, agresiones sexuales, accidentes (incendios, ahogamientos, accidentes de tráfico, etc.) y a un amplio rango de enfermedades agudas y crónicas. Además de los efectos sociales, el consumo de alcohol puede resultar muy tóxico, pudiendo producir incluso la muerte. Un consumo continuado y abundante produce tolerancia y dependencia.

Si bien el nivel a que se considera que el alcohol incrementa el riesgo de daños o enfermedades depende de la interpretación más o menos conservadora que se haga de los datos epidemiológicos, los expertos consideran que el consumo de más de 80 gramos de etanol puro al día (equivalente a 3/4 de litro de vino de mesa de 12°) constituye un riesgo de dependencia y patología alcohólica.

Elaborado a partir de: UNDCP, 2000; y Gamí, 2000.

Alcoholemia. La alcoholemia representa la concentración de alcohol en sangre y se expresa habitualmente en miligramos o gramos de alcohol por decilitro (100cc). Sin embargo, puede expresarse de otras formas, en especial en el campo de la medicina de tráfico y seguridad vial. En el campo del tráfico, el alcohol en la sangre se cuantifica habitualmente como concentración alcohólica en la sangre (Blood Alcohol Concentration: BAC) o como proporción de alcohol (en peso o en volumen) en la sangre. De manera que una parte de alcohol en mil de sangre (en masa o peso) se manifiesta porcentualmente como 0,1 % BAC (1 gr de alcohol en 1000 cc; como el peso de 1000 cc en sangre es de 1000 gr; 1gr / 1000 gr ó 0,1 %). En ocasiones se utiliza una relación peso / volumen, expresando la concentración anterior como 1 gr. de alcohol por litro de sangre o 100 mg/100 ml de sangre.

Se trata de una medida útil en actuaciones para prevenir los accidentes de tráfico y promover la seguridad vial. Una persona que conduce un vehículo con una tasa de alcoholemia a partir de 0,5 gr/l duplica el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.



Elaborado a partir de: Álvarez y Del Río, 2001; y Glindemann et al., 1998.

Ver: Conducción bajo los efectos del alcohol u otras drogas; Contenido alcohólico.

Aleatorio (Random). Fenómeno en el que interviene el azar o la casualidad y que no está completamente determinado por otros factores. Opuesto a determinístico. Así, los sujetos de un experimento pueden ser asignados de forma aleatoria (adoptando reglas que aseguran que sólo el azar interviene en la asignación) a los grupos de tratamiento o control con el objetivo de hacer comparable los grupos respecto a todas las posibles variables relevantes conocidas o desconocidas que puedan influir en el efecto medido.

Adaptado de: Last, 1989.

Alfa de Cronbach. Es una prueba estadística usada para evaluar la consistencia interna de un instrumento de medida compuesto por tres o más ítems, un aspecto que influye en la fiabilidad de la medida. Los valores de esta prueba están comprendidos entre el 0 y el 1, indicando hasta qué punto miden todos los ítems un mismo constructo.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Algoritmo. Proceso sistematizado que consiste en una secuencia ordenada y finita de pasos, en el que cada uno de estos pasos depende del resultado del precedente y cuya finalidad es solucionar un problema específico. Suele utilizarse para describir un proceso estructurado relacionado, por ejemplo en planificación socio-sanitaria o en programas informáticos.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Ver: Árbol de Decisiones.

Alianza. Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente.

La creación de alianzas supondrá a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas deontológicas básicas, las áreas de acción conjunta y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza.

Tomado de: OMS, 1999.

Alternativas al consumo de drogas. Los programas de prevención basados en el desarrollo de alternativas al consumo de drogas tratan de ofrecer una amplia variedad de actividades de tiempo libre que favorezcan un ocio saludable.

Estos programas fueron inicialmente propuestos por Dohner (1972) quien señala que los individuos usan las drogas a causa de la gratificación y placer que éstas les proporcionan, gratificación y placer que no pueden obtener a través de otros mecanismos no químicos. Por ello, para prevenir o reducir el abuso de drogas, hay que proporcionar a los individuos "alternativas positivas", es decir, formas de obtener la gratificación y el placer deseados a través de actividades saludables y socialmente aceptables.

Ver: Programa extraescolar; Programa comunitario, Programa de alternativas (ocio y tiempo libre).



Alucinógeno. Agente químico que induce alteraciones en la percepción, el pensamiento y las emociones. La intoxicación, algunas veces llamada “viaje” está asociada a cambios en la experiencia sensorial que incluyen ilusiones visuales y alucinaciones, una percepción acrecentada de los estímulos externos y una conciencia intensificada de los pensamientos y estímulos internos. Estas alucinaciones, que se producen a un nivel claro de conciencia y en ausencia de confusión, pueden ser psicodélicas y psicomiméticas.

Psicodélico es el término empleado para definir la experiencia subjetiva de que, debido a una percepción sensorial incrementada, la mente se expande, se entra en comunión con la humanidad o con el universo y se tiene algún tipo de experiencia religiosa. El término psicomimético significa que la experiencia mimetiza un estado de psicosis, aunque su similitud con ésta es superficial.

La mayoría de los alucinógenos se toman oralmente y su uso generalmente se da en episodios aislados (es muy raro el uso muy frecuente o crónico). Los efectos se notan después de 20 ó 30 minutos desde la ingestión (dependiendo de la droga utilizada) e incluyen euforia, alucinaciones visuales y percepciones alteradas, produciéndose rápidos cambios entre la euforia y el abatimiento.

Los alucinógenos se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores. En primer lugar destacan las sustancias relacionadas con las catecolaminas como, por ejemplo, la mescalina que es el alcaloide principal del cactus Peyote y que presenta unos efectos parecidos a la LSD pero es menos potente. En segundo lugar existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina, entre los cuales está la psilobicina, psilocina, etc.. En tercer lugar, el grupo prototípico es el relacionado con el ácido lisérgico, entre los que el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgida, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25, el cual es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos.

Las alteraciones inducidas por la LSD incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. Todos estos cambios dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona y del entorno en que se produce la experiencia.

En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden conducir a reacciones de pánico (“bad trips”) que pueden requerir asistencia psiquiátrica de urgencia. El consumo de la LSD también puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o “flashbacks”.

Tomado de: *Camí, 2000; Stahl, 1998; y UNDCP, 2000.*

Ambiente. Contexto en el que se desenvuelve la vida de una persona y que, en lo relacionado con el uso de drogas, puede contener factores de protección y/o factores de riesgo. Frecuentemente se hace referencia a ambientes particulares o ámbitos (escolar, familiar, comunitario, etc..), cada uno de los cuales puede requerir determinadas características para tener valor preventivo. Por ejemplo, el sentido de pertenencia, tanto a la



familia como a la escuela es uno de los principales factores protectores frente a las conductas que implican riesgos para la salud en jóvenes. Las características de un ambiente escolar que favorece un sentido de pertenencia incluyen profesores que dan apoyo y cuidados, oportunidades y habilidades para contribuir de una forma significativa y valiosa a la vida escolar, relaciones cercanas y positivas, etc.

Basado en: *Ballard, 2002.*

Ver: *Factores de protección; Factores de riesgo; Programa comunitario; programa escolar; programa familiar; programa laboral.*

Anabolizante. Los anabolizantes hormonales son variaciones moleculares de los andrógenos donde se ha intentado (con éxito parcial) dissociar la acción anabolizante del efecto de hormona sexual. En su empleo clínico debe tenerse en cuenta que tienen acción androgénica significativa, aunque inferior a la de los compuestos clasificados propiamente como andrógenos.

Su efecto anabolizante requiere un aporte dietético suficiente en proteínas y calorías y su utilidad médica principal se encuentra en las alteraciones del metabolismo proteico (con pérdida de masa muscular) que aparecen asociadas a tratamientos con anticancerosos o con dosis altas de corticoides, o bien a infecciones graves, quemaduras, enfermedades crónicas, etc.

Los anabolizantes no hormonales tienen como componente la cobamamida, que es la forma fisiológicamente activa de la vitamina B12. En ensayos farmacológicos se ha demostrado que favorece el proceso de síntesis de proteínas, pero no parece que exista evidencia de que tal acción experimental tenga aplicación útil en la práctica clínica.

Adaptado de: *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1998.*

Ver: *Esteroides anabólicos.*

Analgésico. Sustancia que reduce el dolor y que puede tener o no propiedades psicoactivas.

Tomado de: *WHO, 1994.*

Ver: *Abuso de sustancias que no producen dependencia.*

Análisis Riesgo-Beneficio. Proceso de analizar y comparar, según una escala única, los resultados positivos que se esperan (beneficios) y los negativos (riesgos, costes), como consecuencia de una acción o de una omisión.

Tomado de: *Last, 1989.*

Análisis Coste-Efectividad. Evaluación económica que identifica y cuantifica los costes de una intervención en términos monetarios, así como los resultados de diversas intervenciones alternativas en unidades físicas o naturales comunes, tanto de los productos intermedios como de los resultados finales.

Sirve para determinar qué alternativa es más coste-efectiva -entre las comparadas- para obtener un mismo efecto. A partir de este análisis, la alternativa elegida será la que consuma menos recursos para obtener dicho efecto. Permite comparaciones si el efecto se expresa en unidades comunes.

La evaluación se puede expresar como ratios medios o como ratios incrementales o



marginales. En atención socio-sanitaria los resultados se miden en términos de salud o calidad de vida (por ejemplo, muertes evitadas, años de vida ganados). Cuando los efectos se logran en condiciones ideales (pruebas de laboratorio o ensayos clínicos) se utiliza la denominación análisis coste-eficacia.

Adaptado de: Rubio Cebrián, 1995.

Análisis Coste-Eficacia. Ver: Análisis Coste-Efectividad.

Análisis Coste-Utilidad. Evaluación económica que identifica y cuantifica los costes de una intervención en términos monetarios, así como los resultados de diversas intervenciones alternativas en utilidades percibidas y valoradas subjetivamente por los usuarios, en términos de calidad de vida o períodos de tiempo con determinado nivel de salud.

Las utilidades más comúnmente empleadas son los años de vida ajustados por calidad (Q.A.L.Y: Quality Adjusted Life Years), o los años equivalentes con buena salud (H.Y.E: Healthy Years Equivalent) que son el número de años hipotéticos de buena salud que podrían considerarse equivalentes a los años actuales en un imperfecto estado de salud.

Sirve para determinar qué alternativa es más coste-útil -entre las comparadas- y la alternativa elegida será la que implique el menor coste por unidad de utilidad obtenida, o la que proporcione la mayor utilidad al mismo coste. Se puede considerar un caso particular de análisis coste-efectividad.

Adaptado de: Rubio Cebrián, 1995.

Análisis discriminante. Técnica estadística que permite construir modelos a partir de los cuales es posible pronosticar el grupo de pertenencia de un individuo partiendo de la observación de algunas de sus características.

Adaptado de: Last, 1989.

Análisis ecológico. Análisis basado en datos agrupados o agregados. Puede llevar a conclusiones erróneas debidos a los sesgos de agregación y a la creación de falsas asociaciones.

Adaptado de: Last, 1989.

Análisis multivariante. Conjunto de procedimientos analíticos aplicables al estudio de sucesos que manifiestan dos o más características diferentes. Incluye técnicas o métodos tales como la regresión logística, la correlación canónica, el análisis de conglomerados o cluster, el análisis de supervivencia, la regresión de Cox, los modelos log-lineales, la regresión múltiple o el análisis discriminante, orientados a la síntesis de la información de grandes grupos o matrices de datos.

Se utiliza cuando la variación que afecta a diversos parámetros ha de ser estudiada simultáneamente.

En estadística, se trata de cualquier método analítico que permite el estudio simultáneo de dos o más variables.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1998; y Rubio Cebrián, 1995.

Análisis de cohortes. Estudio de investigación epidemiológica de carácter longitudinal



que implica el seguimiento durante un período de tiempo determinado a un grupo de individuos que comparten una o varias características (año de nacimiento, exposición a un factor, estado civil, condición social, etc.). Durante el seguimiento se cuantifican y describen determinados sucesos que afectan al grupo estudiado (por ejemplo, el consumo de drogas, la morbilidad, la mortalidad).

Sirve para determinar la incidencia de cualquier suceso de interés, objetivo del estudio.

Adaptado de: *Rubio Cebrián, 1995; y Hulley y Cummings, 1993.*

Ver: *Estudio de Cohortes.*

Análisis de drogas o toxicológico. Se refiere al análisis de los fluidos corporales (tales como sangre, orina o saliva), cabello u otro tejido para determinar la presencia de una o más sustancias psicoactivas.

El análisis de drogas es empleado, entre otras finalidades, para hacer el seguimiento de la abstinencia de sustancias psicoactivas en personas que siguen programas de rehabilitación, para determinar usos de drogas encubiertos en pacientes que siguen terapias de mantenimiento y donde el puesto de trabajo está condicionado a la abstinencia de tales sustancias. Se utiliza el término “nivel de alcohol en sangre” para el análisis específico de las concentraciones de alcohol en sangre.

Tomado de: *WHO, 1994.*

Ver: *Alcoholemia.*

Análisis de datos. El proceso de examinar sistemáticamente la información recogida para un estudio.

Adaptado de: *CSAP, 2001a.*

Análisis de decisión. Técnica cuantitativa para tomar decisiones, de forma racional, bajo condiciones de incertidumbre. Técnica de apoyo para sistematizar (dentro de un proceso) las alternativas presentadas y recomendar la que maximiza beneficios bajo esas condiciones de incertidumbre.

Los datos epidemiológicos desempeñan un importante papel a la hora de determinar las probabilidades de las distintas variables posibles después de cada decisión. La gama de elecciones puede representarse gráficamente mediante un árbol de decisiones; en cada rama o nudo de decisiones de éste, se exponen las probabilidades de cada resultado, sin son perceptibles. De este modo el árbol de decisiones permite apreciar las distintas elecciones posibles a disposición de los responsables de una actuación determinada.

Adaptado de: *Rubio Cebrián, 1995; y Last, 1989.*

Ver: *Árbol de Decisiones; Utilidad.*

Análisis del Entorno (Environmental Analysis). Evaluación de las políticas formales e informales y de las condiciones físicas, sociales o culturales que afectan a un individuo o a la comunidad.

Adaptado de: *CSAP, 2001a.*

Análisis de los componentes principales. Método estadístico multivariante utilizado para simplificar la descripción de una serie de variables interrelacionadas. La serie origi-



nal de variables correlacionadas se transforma en una serie más reducida de variables no correlacionadas, denominadas componentes principales.

El objetivo es la reducir el volumen de los datos. Suele ser el primer paso en el análisis de un factor.

Adaptado de: Last, 1989; y de CSAP, 2001a.

Análisis de Sensibilidad. Proceso a través del cual se muestra la robustez de un modelo de evaluación económica. La técnica consiste en variar las variables principales del modelo, dentro de un rango de valores determinado, para observar como cambian los resultados de esa evaluación económica.

Adaptado de: Rubio Cebrián, 1995.

Análisis de Regresión. Técnica estadística que permite analizar la relación entre dos o más variables cuantitativas. Interviene una variable dependiente Y, que es la respuesta, resultado o criterio y una o más variables independientes X, que son predictoras, como por ejemplo, factores de riesgo.

Esta técnica describe la relación entre las variables independientes y la dependiente mediante una función matemática (lineal a ser posible) cuyo objetivo es predecir la respuesta Y de un sujeto con determinados valores X y valorar la contribución o efecto de cada variable predictora X sobre la respuesta Y.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1982; y Rubio Cebrián, 1995.

Análisis de Supervivencia (Survival Analysis). Conjunto de técnicas estadísticas apropiadas para estudios de seguimiento durante un período determinado (que puede ser desigual), en los que interesa analizar la variable intervalo de tiempo transcurrido entre un acontecimiento inicial hasta el evento buscado o hasta el final del seguimiento si no ocurre el evento (tiempo incompleto o censurado).

Su objetivo es describir las probabilidades de ocurrencia y la evolución de la tasa de incidencia de dicho evento (tasa de riesgo) a lo largo del seguimiento. El término supervivencia se debe a que en las primeras aplicaciones de esta técnica el acontecimiento terminal era el fallo de un elemento o la muerte del sujeto. Actualmente, el tiempo de supervivencia es el que transcurre hasta el acontecimiento buscado. Sirve para calcular la Función de Supervivencia o Curva de Supervivencia.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1998.

Ver: Curva de Supervivencia.

Análisis de Varianza (ANOVA). Es una técnica estadística que supone la generalización de la prueba de comparación de dos medias, que permite estudiar la relación entre una o varias variables cualitativas y una cuantitativa.

Plantea dos hipótesis: En la Hipótesis nula (H_0), las k medias proceden de poblaciones que tienen una misma media m y la misma varianza σ^2 ; en la Hipótesis alternativa (H_1), las k medias proceden de poblaciones que tienen diferentes medias m_i y la misma varianza σ^2 . Estas dos hipótesis se verifican a partir del cálculo de la varianza entre las k medias observadas en las muestras.

Esta técnica estadística permite aislar y valorar la contribución de las variables categóricas independientes a la variación de la media de una variable dependiente continua. Las observaciones se clasifican por categorías para cada una de las variables independientes; se estiman las diferencias de los valores medios de la variable dependiente entre las distintas categorías y se someten a una prueba de significación estadística.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1998.

Path analysis. Tipo de análisis que comprende una serie de presunciones acerca de la dirección que toman las relaciones causales entre secuencias conectadas y configuraciones de variables. Ello permite construir varios modelos de relaciones causales que pueden existir dentro de la gama de variables incluidas en el sistema finito estudiado y ponerlos a prueba (en forma de diagrama de vías). La identificación de las secuencias de vías causales menos probables se eliminan en posteriores consideraciones.

Adaptado de: Last, 1989.

Análisis del problema. Constituye una fase del proceso de conocimiento de un problema sobre el que se quiere intervenir. Implica:

- Delimitar y definir la condición o hecho social que constituye el problema.
- Conocer las características de quienes experimentan o sufren la condición.
- Conocer el alcance y cuantía de dicha condición.
- Conocer los valores sociales amenazados que convierten la situación en problemática.
- Conocer quiénes definen la situación como problema.
- Conocer cuál es la etiología del problema.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Anuario estadístico. Publicación anual de consulta en el que constan los datos principales relacionados con variables sanitarias y sociales correspondientes al año anterior o sobre actuaciones futuras de las diversas administraciones y profesionales del campo al que se refiere.

Anfetamina. Uno de los grupos más amplios de drogas sintéticas con poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso. Los efectos que atraen a los consumidores son una sensación de bienestar físico y mental, poder y confianza, hilaridad y euforia, incremento de la energía y la sensación de alerta, reducción del hambre y la fatiga, reducción del sueño, mejora de la ejecución en tareas físicas y mentales (estudiantes, deportistas, conductores, trabajadores nocturnos, etc.). Los efectos físicos característicos de las anfetaminas a dosis bajas son el incremento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, elevación de la presión sanguínea y la temperatura corporal, sudoración, dilatación pupilar, sequedad en la boca, diarrea, pérdida de apetito. En dosis altas se intensifican estos signos y normalmente produce locuacidad, sensación de fuerza, hipervigilancia, insomnio y juicios erróneos. El consumo crónico generalmente induce cambios de personalidad y conducta, conducta anormal, inquietud, irritabilidad, agresividad e incluso puede inducir pánico y psicosis paranoide (psicosis anfetamínica). El abandono después de un uso



prolongado produce una reacción de abstinencia, con humor deprimido, fatiga y trastornos del sueño.

La anfetamina (alfa-metil-fenil-etil-amina) se introdujo en el mercado europeo a principios de los años 30 con el nombre de Bazedrina, como una alternativa a la efedrina en el tratamiento del asma y la narcolepsia. Hasta los años 80 las especialidades farmacéuticas conteniendo anfetaminas fueron ampliamente consumidas en occidente como fármacos para combatir la fatiga y el sobrepeso, a menudo sin prescripción médica, así como con fines recreativos. Paralelamente, otro derivado -la metanfetamina o "speed"- ha sido la principal anfetamina sintetizada en los laboratorios clandestinos.

Actualmente las anfetaminas han sido sustituidas por otros medicamentos más eficaces y seguros en clínica.

Tomado de: *UNDCP, 2000; y Camí, 2000.*

Ver: *Éxtasis o MDMA.*

Ansiolítico. Sustancia psicoactiva que reduce la ansiedad.

Ver: *Sedante.*

Antagonista. El antagonismo es la disminución o anulación de la acción farmacológica de una droga por la acción de otra droga. Por ejemplo, la cafeína estimula el sistema nervioso central y sus efectos son disminuidos o suprimidos por el pentobarbital que es una droga depresora central.

Existen dos clases de antagonismos: el competitivo y el no competitivo. El antagonismo de competición se produce cuando una sustancia de estructura química semejante a una droga agonista se fija en los receptores de ésta, pero siendo inactiva de por sí (no produce respuesta pero impide que se fije en dichos receptores la droga agonista). El antagonismo no competitivo ocurre cuando dos drogas de estructura química no semejante y que, por tanto, ocupan dos tipos distintos de receptores, dan lugar a efectos opuestos que se anulan mutuamente.

Los antagonistas opiáceos se utilizan como tratamiento que evite las frecuentes recaídas en los adictos a este tipo de sustancias, ya sea después de una desintoxicación o cuando se incorporan a su medio después de un período de estancia en un centro de rehabilitación.

Los antagonistas opiáceos son definidos como sustancias químicas que poseen la capacidad de bloquear los efectos de los agonistas opiáceos, entre ellos la analgesia, la euforia y los cambios fisiológicos que producen estos agonistas. Por ello también bloquean el desarrollo de dependencia física y de tolerancia a los opiáceos.

La actuación molecular de estos antagonistas se produce por bloqueo del acceso del agonista al receptor opiáceo. Al ocupar el receptor impiden los efectos farmacológicos de los agonistas, y por tener mayor afinidad por el receptor desplazan a dichos agonistas y precipitan la abstinencia en los individuos dependientes.

El antagonista opiáceo que se utiliza en la actualidad es la naltrexona que fue sintetizada por Blumberg y Dayton en los años 60. Su mecanismo de acción se realiza por fijación competitiva a los receptores opiáceos cerebrales y el desplazamiento de los agonistas opiáceos. Presenta poco potencial de abuso por carecer de efectos agonistas, fal-

ta de euforia, falta de efectos desagradables iniciales y no crea dependencia física ni aparecen síntomas de abstinencia al interrumpir el tratamiento. Su utilización se basó en la descripción del síndrome de abstinencia condicionado, el cual se refiere a que numerosas situaciones asociadas al consumo pueden desencadenar el deseo de consumir y conducir a la recaída. La naltrexona ayuda a impedir esta recaída ya que, tras la toma de antagonistas opiáceos, no se experimenta el efecto de los opiáceos y esta falta de refuerzo repetida conduce a la extinción de la respuesta de búsqueda de la droga.

La naltrexona también se utiliza en el tratamiento del alcoholismo, basándose en la implicación del sistema opiáceo endógeno en el desarrollo de la dependencia al alcohol. Su administración puede disminuir el “craving” y los efectos estimulantes del consumo o aumentar los efectos aversivos, aunque parece que el mecanismo de acción principal de la naltrexona es el bloqueo de los efectos reforzantes positivos debidos al consumo de alcohol. Al igual que en el caso de los opiáceos, el bloqueo del efecto producido por el alcohol evita la recaída en el consumo y lleva a una extinción de dicho consumo por falta de refuerzo positivo. Además, los alcohólicos pueden notar una mayor sensación subjetiva de intoxicación etílica que les lleva a frenar antes el consumo. Aunque la presencia de un efecto aversivo es posible, éste tiene lugar probablemente en una minoría de sujetos y no parece constituir el principal mecanismo de acción de la naltrexona.

Adaptado de: Litter, 1976; y Ochoa, 2001.

Ver: Agonista.

Antidepresivo. Uno de los grupos de agentes psicoactivos prescritos para el tratamiento de desórdenes depresivos, siendo también usado en otras condiciones como el trastorno de pánico. Hay dudas sobre si produce dependencia o síndrome de abstinencia, por lo que se incluyen en la categoría F55 del ICD-10, abuso de sustancias que no producen dependencia.

Se acepta en general que la depresión está relacionada con la reducción de la transmisión del impulso nervioso en zonas específicas del Sistema Nervioso Central, reducción motivada por una reducción de neurotransmisores en la sinapsis. Sin embargo, sin abandonar esta hipótesis fundamental, sí se ha discutido si el neurotransmisor deficitario era la serotonina o la noradrenalina, pero hasta el momento no hay una teoría coherente que relacione cuadros clínicos específicos de depresión con un tipo determinado de mediador químico del impulso nervioso.

Todos los antidepresivos actúan aumentando la concentración de aminas neurotransmisoras en la sinapsis. Una vez producido el impulso nervioso, el 95 % de las aminas liberadas son vueltas a recaptar por la neurona presináptica en preparación del siguiente impulso. El 5 % no recaptado es destruido por el enzima mono-amino-oxidasa (MAO). Hay por consiguiente tres posibilidades de aumentar la concentración sináptica de mediadores de la transmisión:

- Inhibir su recaptación por la neurona presináptica: Este es el mecanismo de acción de los antidepresivos tricíclicos y afines.
- Impedir su destrucción por la MAO: los inhibidores de la MAO se usan sobre todo en casos resistentes a los medicamentos anteriores y en las denominadas depresiones atípicas.
- Administrar precursores de aminas neurotransmisoras.



Tomado de: WHO, 1994; y CGCOF, 1998.

Ver: *Abuso de sustancias que no producen dependencia.*

Años Potenciales de Vida Perdidos (Potential Years of Life Lost, P.Y.L.L.). Indicador del impacto relativo de las enfermedades y causas de muerte en el estado de salud de la población. Valora las pérdidas que sufre la sociedad debido a muertes prematuras relacionadas con un problema socio-sanitario. Mide el número de años que un individuo o grupo ha dejado de vivir al no alcanzar la esperanza de vida que se le supone en el momento de la medición.

Se trata de un indicador de mortalidad que concede más peso a las muertes ocurridas en edades más jóvenes.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Apareamiento (Matching). Procedimiento del diseño de estudios controlados que establece una restricción de las características de selección de cada sujeto utilizado como control de un sujeto de estudio, en función de determinadas características que se desea equiparar.

Se utiliza como una técnica para ganar eficiencia en el control de posibles factores de confusión.

Adaptado de: Pineault y Daveluy, 1989.

Basado en: Last, 1989.

Apoyo de los iguales. Componente de las intervenciones en que uno o varios agentes asesoran, ayudan o prestan algún tipo de apoyo a sus iguales de una manera sistemática y continuada. Puede ser aplicable a programas de calle en los que la acción sobre los individuos es realizada por iguales, a programas escolares en que unos alumnos ayudan a otros, etc.. El término “grupo de apoyo entre iguales” se usa para describir colectivos u organizaciones de miembros de una comunidad creados con el objeto de representar sus intereses comunes a nivel sociopolítico.

Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: *Educación por los iguales; Influencia de los iguales; Presión de los iguales.*

Apoyo familiar en el hogar. Estrategia de prevención que se dirige al trabajo sobre factores de riesgo y de protección, centrándose siempre en preservar y promover el papel protector de las familias a través de una intervención en el propio hogar.

Adaptado de: CSAP, 2001.

Árbol de decisiones (Decision Tree). Representación gráfica utilizada en el Análisis de Decisiones en la que se muestran opciones alternativas en forma de ramas, siendo la secuencia de opciones jerarquizada. Las alternativas suelen estar asociadas a probabilidades, en orden a facilitar la adopción de decisiones. La encrucijada de opciones en la que se debe tomar una decisión se denomina nudo de decisión.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Asertividad. Habilidad o conjunto de habilidades necesarias para expresar nuestros



sentimientos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la manera adecuada, sin negar o desconsiderar los derechos de los demás. Conducirse de manera asertiva supone el desarrollo de la capacidad para: distinguir entre la aserción, la agresión y la pasividad, expresar de manera sincera el afecto y los sentimientos positivos hacia otras personas (asertividad positiva), manifestar comentarios, sentimientos negativos o desacuerdo con otras personas (asertividad negativa), o para expresar deseos y sentimientos, pero después de haber reconocido la situación y los sentimientos del otro (asertividad empática). Como las habilidades asertivas pueden incrementarse con un entrenamiento adecuado, muchos programas de prevención del abuso de drogas incluyen el entrenamiento en asertividad entre sus componentes con el objetivo de ayudar a los adolescentes a mantener su decisión de no consumir drogas, incluso ante la presión del grupo de iguales.

Adaptado de: Castanyer, 1996

Ver: Entrenamiento en habilidades para la vida; Presión de los iguales.

Asignación al azar (Randomization). Técnica de selección de una muestra experimental.

Ver: Distribución Aleatoria.

Atención Primaria de Salud. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación / participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud, e indicar los métodos de prevención y control de esos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Tomado de: OMS, 1999.

Ver: Equidad.

Autoayuda o ayuda mutua. En el contexto de la promoción de la salud y de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, se trata de todas aquellas medidas llevadas a cabo por personas que no son profesionales sanitarios, con el fin de movilizar los recursos necesarios para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y de las comunidades.

Aunque la auto-ayuda suele ser entendida como la acción que emprenden individuos o comunidades y que beneficia directamente a aquellos que adoptan dicha acción, puede también abarcar la ayuda mutua entre individuos y grupos. En el ámbito de las dro-



godependencias, es especialmente destacable la acción que realizan determinados grupos en el tratamiento del alcoholismo u otras drogodependencias, proporcionando apoyo tanto a los afectados como a sus familiares.

La auto-ayuda puede incluir asimismo el auto-cuidado, que puede estar apoyado por material impreso (guías, folletos, etc.) en el que se dan instrucciones que puedan facilitar al interesado un primer abordaje del problema (por Ej., Guías para dejar de fumar). Este tipo de materiales se utilizan con frecuencia como apoyo en las intervenciones mínimas.

Basado en: OMS, 1999.

Ver: Grupos de auto-ayuda; Organizaciones No-Gubernamentales; Grupos de Acción Comunitaria; Intervención mínima.

Autocontrol. El autocontrol ha sido definido como la capacidad para frenar o inhibir determinadas respuestas motoras, conductuales o emocionales, de manera que permiten al individuo demorar la gratificación en determinadas situaciones para obtener recompensas futuras. Se ha caracterizado a los sujetos con un bajo autocontrol como individuos que: responden a lo inmediato, desentendiéndose de las consecuencias futuras de sus actos; buscan activamente sensaciones y experiencias intensas y arriesgadas; tienen una baja tolerancia a la frustración; carecen de empatía.

El consumo de drogas, al igual que algunas otras formas de comportamiento disocial, se caracteriza por proporcionar una gratificación inmediata y por el riesgo de provocar daños futuros. En consonancia con ello, diversos estudios han señalado la falta de autocontrol como uno de los factores de riesgo para el abuso de drogas.

Adaptado de: Luengo, Roimero, Gómez y Lence, 1999.

Auto-eficacia. Término acuñado por Bandura (1986) para referirse al juicio de un individuo acerca de su competencia personal en una situación específica. La percepción de auto-eficacia influye de manera notable la participación, motivación y persistencia de la persona en esa situación. En la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, el término se utiliza para referirse a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad de hacer frente a una situación futura en la que exista un elevado riesgo de consumir drogas. Si cuando se produce esa situación el riesgo, el individuo es capaz de manejarla eficazmente sin consumir drogas, se produce un aumento de la auto-eficacia personal y disminuye la probabilidad de consumir drogas en el futuro.

Adaptado de: Hoffman, 1995; y Graña, 1994.

Autoestima. La autoestima es la valoración emocional que se hace de la percepción de la propia imagen. Se refiere a la evaluación que uno hace de sí mismo, sobre su capacidad y valía, y al sentimiento potencialmente positivo o negativo que se deriva de esta valoración.

La autoestima condiciona de manera importante el modo en que la persona siente, piensa o actúa. Quienes poseen una autoestima positiva tienen un sentimiento vivencial satisfactorio que les ayuda a afrontar con éxito las dificultades personales, mientras que entre quienes poseen una baja autoestima aparecen sentimientos y emociones negativas (fracaso, tristeza, inutilidad, etc.) que impiden el desarrollo y el bienestar equilibrio emocional.

Adaptado de: McKay y Fanning, 1992



Auto-medicación. Auto-administración de una droga con el fin de tratar una enfermedad, aliviar el dolor o mitigar un estado emocional negativo. Un ejemplo común es el uso de tranquilizantes obtenidos ilegalmente para facilitar el sueño o para hacer frente a estados de ansiedad. Si la medicación ha sido prescrita para este propósito, puede decirse que los usuarios se automedican si ellos pueden administrarse a sí mismos la droga y determinan la dosis y la frecuencia de uso.

Tomado de: UNDCP, 2000.

B

Banco de Instrumentos (de evaluación). Fondo documental donde se ofrece un repertorio organizado de instrumentos o herramientas adecuadas para el diseño, aplicación o evaluación de las intervenciones en materia de drogodependencias.

Actualmente se halla disponible un banco de instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas, desarrollado por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (www.emcdda.org), y adaptado al castellano por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Existe una versión electrónica del mismo que se halla disponible en: <http://www.bip-agencia-antidroga.net>. En él se pueden encontrar instrumentos para la evaluación de programas de prevención, agrupados en las siguientes categorías: evaluación formativa; evaluación de factores / variables mediadores / as; evaluación de la planificación de un programa; evaluación de grupos o entornos especiales específicos; evaluación sumativa.

Ver: Evaluación; Evaluación de diseño; Evaluación de impacto; Evaluación de la planificación; Evaluación de necesidades; Evaluación de proceso.

Barbitúrico. Sustancias psicoactivas utilizadas como inductores del sueño desde primeros del siglo XX, son derivados del ácido barbitúrico o malonilurea. Producen una depresión extendida de la actividad neuronal a través del sistema nervioso central.

A pequeñas dosis producen disminución de la atención y de la concentración, disminución de la ansiedad y de las emociones, y una discreta pérdida de la capacidad para realizar tareas de coordinación muscular. A medida que el efecto avanza por aumento de la dosis, el individuo se ve más incapacitado para realizar tareas mentales o motoras, el lenguaje se vuelve más lento y dificultoso y la velocidad de acción y la coordinación neuromuscular se van reduciendo progresivamente, hasta aparecer disminución del nivel de conciencia. En dosis adecuadas, los barbitúricos facilitan el sueño, pero en dosis mayores llegan a producir coma y depresión respiratoria, existiendo riesgo de muerte por sobredosis.

Su consumo habitúa al organismo y produce tolerancia. También produce dependencia física y psíquica al poco tiempo de su uso regular. La supresión de su ingestión habitual produce graves crisis, con aparición al cabo de pocas horas de alteraciones nerviosas, convulsiones, náuseas, vómitos y manifestaciones de terror. En casos de habituados



severos a las 24 ó 36 horas, el cuadro se complica con una marcada deshidratación y convulsiones epilépticas. Del tercero al séptimo día de abstinencia en el consumo aparece un cuadro psicótico agudo que recuerda el delirium tremens del alcohólico. En esta situación puede sobrevenir la muerte del paciente, pero al cabo de una o dos semanas de aparecer las primeras manifestaciones se puede producir la curación de manera espontánea ya que se trata de un síndrome espontáneamente resolutivo. La dosis tóxica varía según el derivado que se considere, además de tener bastante importancia las circunstancias individuales del consumidor.

Adaptado de: Valbuena, 1986, cit. por Sequeros, 2000.

Ver: Sedantes.

Basado en la Población (Population Based). Estudio que tiene como base una población concreta general o con características particulares comunes. Constituye el denominador de los índices, el marco de muestreo o ambas cosas .

Basado de: Last, 1989.

Bases de datos bibliográficas (sobre prevención del abuso de drogas). Conjuntos de referencias, debidamente organizadas y clasificadas, correspondientes a documentos de todo tipo (artículos, libros u otros documentos en cualquier tipo de soporte) relativos a cualquiera de los aspectos de las drogodependencias. Generalmente, en ellas se relacionan los documentos disponibles en los fondos documentales existentes en instituciones o entidades relacionadas con este tema. Entre ellas son especialmente importantes las bases de datos (y sus correspondientes fondos bibliográficos) elaboradas por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (www.emcdda.org), el Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas (www.idea-prevencion.net), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (www.mir.es), o la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (www.fad.es).

Beber compulsivo (Binge drinking). Consumo elevado de alcohol que ocurre durante un extenso período de tiempo dedicado a este fin. En informes de población, el período se define normalmente como más de una bebida a la vez.

También se puede incluir en esta categoría el “Beber de marcha” entendido como un consumo de alcohol en grandes cantidades y durante un período de tiempo (un día o un fin de semana, por ejemplo) sin interrupción. Generalmente se produce en población juvenil y está asociado a la actividad de “marcha” (diversión, música, etc.) en discotecas u otros locales. Estos períodos de consumo de alcohol pueden intercalarse con períodos de abstinencia. Los grandes bebedores de fin de semana entrarían en esta categoría.

Beber controlado. Se refiere al consumo moderado de alcohol para evitar la intoxicación o el uso de riesgo. El término es aplicado especialmente cuando hay una razón para cuestionar la capacidad de beber de manera controlada en todas las ocasiones, como es el caso de individuos que han mostrado signos de dependencia alcohólica o de consumo nocivo.

Aplicado a otras sustancias psicoactivas, el término análogo sería “uso controlado de drogas” y se refiere al mantenimiento de un uso regular, no compulsivo, de sustancias

que no interfiere con el funcionamiento ordinario, y al método de uso que minimiza los efectos adversos de la droga consumida.

Tomado de: WHO, 1994.

Ver: *Bebedor no problemático.*

Beber excesivo. Término, actualmente en desuso, empleado para referirse a un patrón de consumo de alcohol que excede el consumo moderado o aceptable. “Consumo de riesgo” o “bebedor de riesgo” es el término más aproximado que se utiliza en la actualidad.

En la octava revisión de la International Classification of Diseases se distinguen dos tipos de beber excesivo: episódico y habitual, cuando el beber excesivo era aparentemente igual a intoxicación. El beber excesivo episódico incluye la realización, al menos algunas veces al año, de consumos excesivos de alcohol durante momentos relativamente breves. Estos momentos podrían durar varios días o semanas. El beber excesivo habitual incluye un consumo regular de grandes cantidades de alcohol, las cuales son suficientes para perjudicar la salud del individuo o su funcionamiento social.

Tomado de: WHO, 1994.

Ver: *Beber compulsivo; Bebedor no problemático; Conducta de riesgo.*

Beber social. Literalmente, se aplica a la conducta de beber en compañía, en oposición a beber en solitario. También se utiliza para referirse a un patrón de consumo de alcohol que no es problemático.

Más adecuadamente, se refiere al uso de bebidas alcohólicas como hábito social, básicamente en compañía de otros, y sólo por motivos socialmente aceptables y en formas socialmente aceptables. El consumo social de alcohol no es necesariamente moderado.

Tomado de: WHO, 1994.

Ver: *Bebedor no problemático.*

Bebedor no problemático. Es aquel individuo que cumple los criterios siguientes: mayor de 18 años (en algunos países más edad); si se trata de una mujer, que no esté embarazada ni en período de lactancia; tiene un estado nutricional adecuado; las bebidas ingeridas corresponden a las aprobadas por las autoridades sanitarias; no presenta embriagueces patológicas; consume alcohol sin consecuencias negativas para sí mismo ni para otros; no tiene problemas familiares o laborales debidos a su consumo alcohólico; no depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse; no presenta patologías que se agraven o descompensen con el alcohol; no se embriaga.

Se denomina consumo problemático cuando el individuo ha padecido o padece al menos algún problema relacionado con el alcohol, tales como haber conducido bajo los efectos del alcohol, presencia de complicaciones médicas, familiares o conductuales.

Tomado de: Sevillano y Rubio, 2001.

Ver: *Beber compulsivo; Beber excesivo; Beber controlado; Beber social.*

Benzodiacepinas. Es uno de los grupos de medicamentos más utilizados en todo el mundo. Su éxito se debe a que sus propiedades hipnosedantes, relajantes musculares y antiepilépticas son comparables a las de los fármacos más antiguos, son muy útiles en psiquiatría como ansiolíticos, tienen indicaciones muy efectivas en el campo de la anes-



tesia y, a diferencia de los antiguos tranquilizantes, son muy seguras en casos de intoxicación aguda.

Producen dependencia, la cual se caracteriza por una combinación de signos y síntomas específicos de abstinencia y de otras alteraciones relacionadas con los trastornos que existían previamente. El problema es que las alteraciones abstinenciales más comunes, como la ansiedad, insomnio rebote, irritabilidad y depresión son etiológicamente indistinguibles. Aunque la recurrencia de los trastornos preexistentes puede aparecer más lentamente, su similitud dificulta el reconocimiento de la existencia de un verdadero cuadro de dependencia. La sintomatología abstinencial puede durar de diez días a varias semanas y entre los síntomas específicos destacan los movimientos musculares involuntarios, el tinnitus persistente, los trastornos sensoriales (parestias, hiperacusia, fofobia, gusto metálico), la confusión y la hipersomnolencia. El tratamiento de desintoxicación, que se efectúa con el propio diacepam, puede realizarse en medio ambulatorio y consiste en una retirada gradual de la dosis total diaria durante unas 4-6 semanas.

Tomado de: *Camí, 2000.*

Ver: *Sedantes.*

Bondad del Ajuste (Goodness of Fit). Grado de concordancia entre una distribución observada empíricamente y otra matemática o teórica.

Tomado de: *Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.*

Búsqueda de sensaciones. Rasgo de la personalidad caracterizado por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas, variadas y complejas, así como la tendencia a arriesgarse para poder conseguir dichas experiencias. Mientras que una persona con una necesidad alta de búsqueda de sensaciones prefiere una tener una continua fuente externa de estimulación, le aburre la rutina y busca de manera constante modos de aumentar la activación mediante experiencias excitantes, una persona con un bajo nivel del rasgo, prefiere menos estimulación y tolera la rutina bastante bien.

Algunos estudios han vinculado la búsqueda de sensaciones a un mayor riesgo de desarrollar comportamientos problemáticos como el abuso de drogas.

Adaptado de: *Reeve, 1994.*

C

Cafeína. La cafeína y sustancias relacionadas como la teofilina y la teobromina (denominadas xantinas) son los principales ingredientes psicoactivos del café, el té, las bebidas de cola y el cacao. La mayoría de los preparados con cafeína se consumen como productos alimentarios o en su entorno.

Las xantinas tienen efectos estimulantes del Sistema Nervioso Central, disminuyen la sensación de fatiga y pueden mejorar la realización de determinadas tareas. En dosis excesivas pueden producir excitación, temblor, ansiedad e insomnio. En consumidores excesivos de café, por ejemplo, se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por cefaleas, irritabilidad y letargia.

Tomado de: Camí, 2000.

Calidad de vida. Valor referido a los aspectos físicos, sociales, intelectuales y emocionales de la vida que son relevantes para los individuos y que están relacionados con su nivel de bienestar. Designa la percepción u opinión de los individuos o grupos sobre si se satisfacen sus necesidades relacionadas con dichos aspectos, y sobre si se respetan sus oportunidades para alcanzar un estado de bienestar y realización personal. En general, define la percepción individual acerca de la posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores que nos rodea, en relación con los objetivos, metas, expectativas y preocupaciones de las personas.

En un sentido más cuantitativo, es la estimación de la vida que resta sin secuelas, incapacidades ni minusvalías. Se utiliza en los estudios de evaluación económica que adoptan el modelo de análisis coste-utilidad. En este término suelen considerarse seis dimensiones principales: función física, función psicológica, nivel de independencia, función social, medio ambiente y creencias personales/espiritualidad.

Adaptado de: Last, 1989; Hawe, Degeling y Hall, 1993; Rubio Cebrián, 1995; y OMS, 1999.

Ver: Utilidad.

Calidad en prevención. La calidad en prevención viene dada por el compromiso en la búsqueda y la utilización de programas efectivos, es decir, programas que logren sus objetivos en forma de resultados.

Los elementos que dan calidad a un programa de prevención son: el conocimiento del



problema sobre el que se interviene; la adecuación a las necesidades existentes; la utilización de estrategias de intervención que sean coherentes con el problema y las necesidades detectadas, que sean conceptualmente lógicas y basadas en una teoría, y de las que se tenga evidencia empírica de su efectividad; la movilización de la comunidad; la integración del programa en otros esfuerzos preventivos; la coherencia entre objetivos, organización y temporalización del programa; la previsión de una adecuada implementación; la previsión de un sistema de información que garantice una adecuada recogida de datos sobre el funcionamiento y aplicación del programa; la evaluación integrada en la intervención preventiva.

Adaptado de: Alvira, 1999.

Ver: Estrategias de prevención; Mejora continua de la calidad; Sistemas de información.

Campaña en medios de comunicación. Por su elevado grado de cobertura, los medios de comunicación han sido uno de los medios más utilizados para el desarrollo de campañas informativas o de sensibilización cuya finalidad es contribuir a la prevención del consumo de drogas. Generalmente éstas tratan de influir sobre las creencias, las opiniones o las actitudes de la audiencia con relación a las drogas.

Pueden utilizarse tanto los medios de comunicación clásicos (prensa, radio, TV) como otros menos masivos o creados para este fin (revistas especialmente editadas para el apoyo a programas preventivos, internet, periódicos escolares, etc.). A menudo suelen ir acompañadas de otros materiales divulgativos que se distribuyen de diferentes formas (folletos, vallas publicitarias, pegatinas, etc.).

Su efectividad puede aumentar notablemente si se determinan con claridad el público al que se destina y los objetivos que se pretenden conseguir, se realiza un cuidadoso diseño de la campaña y, sobre todo, si se emplea como complemento de otras intervenciones, por Ej., programas escolares.

Cánnabis. Se obtiene a partir de la planta “Cannabis sativa” y su principio activo más importante desde el punto de vista psicoactivo es el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol).

Esta planta da lugar a distintas preparaciones, de las cuales el hachís es la más popular en nuestro medio. Se elabora a partir del exudado resinoso de la planta y se presenta en forma de piezas de consistencia pétrea. Para consumirlo se deshace con calor y se mezcla con tabaco rubio (“porro”). En cambio, en EE.UU. se consume principalmente marihuana, preparación seca y triturada de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta y que se fuma directamente en forma de cigarrillos. El aceite de hachís se extrae de la resina de la planta de Cannabis. Se obtiene al verter las cabezas con flores o la resina en un disolvente como acetona, alcohol o gasolina. La mezcla se filtra y el disolvente se evapora parcialmente, quedando una sustancia de color marrón cuya viscosidad depende de la cantidad de disolvente evaporado. Para consumirlo puede extenderse una pequeña cantidad a lo largo de la parte exterior de un cigarrillo. La cantidad de THC, y por tanto su potencia, varía según el tipo, el lugar y la manera en que se cultiva la planta de cánnabis, y también según la preparación, pudiendo variar del 5 al 10 % en la marihuana, hasta el 20 % en la resina de cánnabis y hasta el 85 % en el aceite de hachís.

Sus efectos psicológicos son distintos, no sólo en función de la dosis, calidad, tipo de preparación y vía de administración, sino también de las expectativas y experiencia del



consumidor. Estos efectos se sitúan a medio camino entre los del alcohol y los de las drogas que afectan a la percepción. Inicialmente se presentan efectos eufórico-disfóricos, para después producir aturdimiento y somnolencia. Aparecen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, en la esfera de lo visual y, en general, una sobreestimación sensorial. Se pierde la capacidad para realizar pequeñas tareas que requieran un cierto número de procesos y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y de la memoria inmediata. También destacan las alteraciones en la coordinación motora y los efectos cardiovasculares.

Los consumidores regulares desarrollan una gran tolerancia y algunos de ellos cumplen los criterios generales de drogodependencia. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia al cánnabis suelen ser poco significativas, e incluyen síntomas leves como irritabilidad y trastornos del sueño.

En cuanto a los efectos derivados de su uso crónico, los resultados son poco concluyentes, aunque sí se ha constatado que puede verse afectada la memoria y el rendimiento neuropsicológico, a lo cual hay que añadir, lógicamente, el efecto tóxico del humo del tabaco.

Tomado de: *Camí, 2000 y Stockely; y Edex, 1997.*

Ver: *Hachís.*

Capacidad de diseminación. Grado en que un programa está preparado para su utilización por otras personas en un ámbito determinado. En ella intervienen la disponibilidad de los materiales, la facilidad de aplicación, los mecanismos de difusión, los costes, etc.

Basado en: *CSAP, 2000.*

Capacitación para la salud (Empowerment for health). La capacitación para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Se establece una distinción entre la capacitación para la salud del individuo y la de la comunidad. La capacitación para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. La capacitación para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Tomado de: *OMS, 1999.*

Ver: *Educación para la Salud; Promoción de la Salud; Facilitación.*

Cuasiexperimento. Experimento en el que el investigador carece de un control pleno sobre la asignación o la cronología de las intervenciones, o ambas cosas.

Tomado de: *Last, 1989.*

Ver: *Diseño Cuasiexperimental.*



Caso. Individuo o grupo de estudio que posee una característica de tipo vital, sanitario, demográfico, etc. y que es objeto de investigación. En este sentido, no coincide con el significado clínico de este término.

Adaptado de: Last, 1989.

Censo. Recuento periódico, generalmente cada 10 años, de una población y registro de sus variables socio-demográficas tales como sexo, edad, ocupación, educación, vivienda, nacionalidad, u otras que se quieran conocer.

Adaptado de: Last, 1989.

Clase social. En epidemiología, estrato de la sociedad de igual nivel de vida. Se utiliza como método para estratificar socialmente a las poblaciones. Suele ser un índice que combina criterios educativos con niveles retributivos.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Clasificación Socio-económica.

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Código internacional de enfermedades establecido por la Organización Mundial de la Salud. Diseñada para clasificar los datos de mortalidad y morbilidad recogidos con fines estadísticos y para clasificación de las historias clínicas por enfermedad y proceso. Existen 17 grupos principales subdivididos jerárquicamente.

Basado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Clasificación Socio-económica. Asignación de las personas en grupos de acuerdo con características asociadas al nivel socio-económico, tales como nivel educativo, profesión y nivel de ingresos. La distinción en clases sociales ha demostrado ser un valioso instrumento discriminador en epidemiología y puede explicar parcialmente las diferencias de salud, de exposición a riesgos y de consumo observadas entre las distintas clases.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Clase Social.

Cobertura. Porcentaje de personas protegidas por un medio, soporte o sistema en relación a las contingencias no deseables de un fenómeno. Se utiliza como medida del grado en que los servicios que se prestan cubren las necesidades potenciales de la población.

Se expresa como una proporción entre el número de servicios prestados o personas que reciben la prestación y el número de ocasiones o personas que deberían haber recibido los servicios.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Cocaína. Sustancia que se obtiene a partir de la coca (*Erythroxylum Coca*), planta abundante en las regiones montañosas de Sudamérica. A partir de ella se obtiene el clorhidrato de cocaína, el cual se presenta como un polvo cristalino blanco de sabor amargo que centellea a la luz.

Es un poderoso estimulante del sistema nervioso central que produce euforia o insom-



nio, y cuyo uso repetido produce dependencia. Su consumo proporciona un período de intenso bienestar, regocijo y euforia. A dosis más altas puede producir efectos indeseables como temblor, labilidad emocional, intranquilidad, irritabilidad, paranoia, pánico y conductas estereotipadas repetitivas. A dosis todavía más altas, puede producir ansiedad intensa, paranoia y alucinaciones, junto con hipertensión, taquicardia, irritabilidad ventricular, hipertermia y depresión respiratoria. En sobredosis la cocaína puede causar insuficiencia cardíaca aguda, apoplejía y convulsiones.

La forma más común de administrar el clorhidrato de cocaína es “esnifar” la droga por las fosas nasales, absorbiéndola en el flujo sanguíneo a través de las membranas mucosas de la nariz. Esnifar durante un largo período de tiempo puede causar ulceraciones y perforación del tabique nasal por el efecto anestésico / vasoconstrictor de la cocaína. Durante los años 80 aparecieron formas fumables de cocaína (base libre o crack). Mientras la sal de cocaína (clorhidrato) prácticamente se destruye en la combustión cuando se fuma mezclada con tabaco, la cocaína base (crack) se vaporiza cuando se calienta a temperaturas elevadas y así puede ser inhalada. El cambio en la forma de administración, de la vía intranasal (esnifada) a la vía pulmonar (fumada) ha sido determinante de una mayor adicción y toxicidad. La vía pulmonar garantiza que llegue casi inmediatamente al cerebro tras ser aspirada, lo que le asemeja en su consumo a la vía intravenosa, pero sin el riesgo y las molestias que supone inyectarse.

Adaptado de: WHO, 1994; Stahl, 1998; Stockley et al, 1997; y Camí, 2000.

Ver: Crack

Coefficiente de correlación. Medida de asociación que indica el grado en que dos variables cuantitativas presentan una relación lineal. Se representa con la letra r y puede variar entre $+1$ y -1 . Si $r = 1$, existe una perfecta relación lineal positiva, una variable cambia directamente con la otra; si $r = -1$, existe una perfecta relación lineal negativa entre las variables.

Cuando las dos variables se distribuyen normalmente mide la intensidad de la relación. Si la relación es entre más de dos variables, tenemos el coeficiente de correlación múltiple. Variedades de este coeficiente utilizadas en epidemiología son: la tau de Kendall, la correlación ordinal de Spearman y las pruebas de correlación de momentos-productos de Pearson. Es un número abstracto que indica el sentido y la intensidad de la relación de una variable con respecto a otra.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Coefficiente de variación. Medida de dispersión que no depende de las unidades de medida de la variable. Cociente entre la desviación estándar y la media. Expresa la dispersión de un conjunto de datos como una proporción de su media. A menudo se expresa como un porcentaje.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Hulley y Cummings, 1993.

Cohorte. Del latín cohors, guerreros, la décima parte de una legión. En el ámbito de la investigación socio-sanitaria, se refiere a los miembros de una población nacidos en un momento o durante un período determinado (por ejemplo, un año) e identificados por di-



cho período, de modo que pueden determinarse sus características a medida que van entrando en sucesivos períodos de tiempo y edad.

De manera más general, cualquier grupo determinado de personas que son sometidas a un estudio de seguimiento durante un período de tiempo determinado.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: *Análisis de Cohortes*.

Comorbilidad. Enfermedad o enfermedades que coexisten en un mismo sujeto al que se está estudiando o tratando por padecer otra enfermedad distinta. Es sinónimo del término: “morbilidad conjunta”.

Adaptado de: Last, 1989.

Competencia cultural. La cultura implica compartir valores, normas, tradiciones, costumbres, arte, historia, folklore, música, instituciones, etc., con un grupo de personas y, como tal, juega un papel de gran importancia en el desarrollo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

La competencia cultural significa ser capaz de entender y apreciar las diferencias y similitudes culturales intra e intergrupales. Para los trabajadores de la prevención, ser culturalmente competente, o sensible, requiere tanto la habilidad como el deseo de acercarse a los valores en que se basa la comunidad con la que se está trabajando, sus tradiciones y sus costumbres. Desde este punto de vista, la competencia cultural es la capacidad de los profesionales que trabajan en prevención para incorporar consideraciones étnicas y culturales en todos los aspectos del trabajo preventivo. La competencia cultural se maximiza cuando se produce un compromiso implementador-beneficiario en todas las fases de aplicación del programa, así como en la interpretación de sus resultados.

Una tendencia emergente para las acciones preventivas basadas en la comunidad es incrementar el sentimiento de posesión o pertenencia del programa por parte de las organizaciones e instituciones de la comunidad. Para ello, una forma de promover la sensibilidad cultural de los programas de prevención es asegurando que, al menos una parte del personal que desarrolla los programas, pertenezca a los mismos grupos culturales, raciales y/o étnicos que los individuos de la comunidad a la que sirve el programa. Promover el orgullo a la pertenencia cultural de origen, a través de actividades adecuadas, proporciona a los miembros de una comunidad cultural determinada oportunidades para aprender más acerca de sí mismos y de su herencia, y genera fuerzas culturales que pueden contribuir a reducir los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.

La competencia cultural ayuda a los trabajadores de la prevención evitando estereotipos y prejuicios que pueden socavar los esfuerzos preventivos. Favorece la focalización en las características positivas de un grupo en particular y les permite impregnar las actividades preventivas con el aprecio a las diferencias culturales. En este marco, el lenguaje y la terminología son aspectos de gran importancia. Por ejemplo, en las sociedades multiculturales, términos como “minoría” son considerados inapropiados, cuando no ofensivos. La competencia cultural significa comprender la importancia del lenguaje y la terminología para los diferentes grupos y esforzarse por conseguir un consenso terminológico que pueda hacer la comunicación más efectiva.



Basado en: CSAP, 1993, 2001 b.

Ver: Adecuación cultural.

Componentes centrales de la aplicación. Elementos de un programa cuya presencia se ha demostrado que es esencial para lograr resultados positivos. Son aquellos elementos de un programa que definen su naturaleza y que los análisis realizados desde la teoría, desde un modelo lógico y desde la evidencia empírica, muestran que son los que más probablemente explican sus efectos principales.

Algunos programas sólo tienen componentes centrales. Otros tienen también componentes opcionales, los cuales pueden ser eliminados sin que afecte a la efectividad del programa.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Ver: Componentes del programa.

Componentes del programa. Son las partes que, agrupadas y relacionadas entre sí, forman el programa. Pueden tener estructura modular (por ejemplo, un programa puede tener un módulo de información, otro de habilidades sociales, otro de toma de decisiones, etc.), lo cual es habitual en los programas escolares. En otros casos el programa puede no tener una estructura modular (en cuyo caso los componentes estarán mezclados a lo largo del programa) lo cual es más característico de los programas comunitarios.

Ver: Componentes centrales de la aplicación.

Comunidad. Grupo de individuos organizados en una unidad, o que manifiestan algún carácter unificador o interés común.

En el ámbito socio-sanitario, sirve para denominar a la población de una localidad, área, región, nación o estado en los que se prestan o desarrollan determinados servicios.

Adaptado de: Last, 1989; OMS, 1999; y CSAP, 2001 a.

Conducción bajo los efectos del alcohol u otras drogas. La legislación española vigente establece que los conductores de vehículos no pueden circular por las vías objeto de la legislación sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,5 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro.

Cuando se trate de vehículos destinados al transporte de mercancías con un peso máximo autorizado superior a 3.500 Kg., vehículos destinados al transporte de viajeros de más de 9 plazas, o de servicio público, al escolar y de menores, al de mercancías peligrosas o de vehículos de servicio de urgencia o transportes especiales, los conductores no podrán hacerlo con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,3 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a 0,15 miligramos por litro.

Tampoco podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro los conductores de cualquier vehículo durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir. (Real Decreto 2282/1998, de 23 octubre). Posteriormente, la Ley 19/2001, de 19 de diciembre, incluye entre las infracciones muy graves, no sólo la conducción habiendo ingerido bebidas alcohólicas con tasas superior-



res a las que reglamentariamente se establezcan, sino también la conducción bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos y cualquier otra sustancia de efectos análogos.

Ver: Alcoholemia.

Conducta de riesgo. En general, es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.

En relación con el uso de drogas, se refiere a conductas que ponen a las personas en riesgo de daños relacionados con dichas drogas. Aunque este término se ha relacionado más a menudo con conductas tales como compartir jeringuillas u otros útiles para inyectar (cuchara, agua, torniquete, etc.), las cuales ponen a los consumidores por vía parenteral en riesgo de transmisión de virus como SIDA o hepatitis C, el término puede ser aplicado para cualquier droga y cualquier riesgo de daño a la vida, las relaciones, la salud o de recibir sanciones legales.

Tomado de: OMS, 1999; y UNDCP, 2000.

Ver: Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo.

Consejo psicológico y psicoterapia. El consejo psicológico es un proceso interpersonal intensivo que pretende ayudar a la población normalizada a lograr sus metas o a desarrollar sus funciones de manera más efectiva. La psicoterapia es generalmente un proceso a más largo plazo relacionado con la reconstrucción de la persona y cambios más profundos en áreas psicológicamente fundamentales tales como la estructura de la personalidad. La psicoterapia se concibe generalmente para aquellas personas que padecen alguna patología.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Consistencia. Uniformidad entre los resultados obtenidos en diferentes muestras, estratos o poblaciones; en distintos tipos de estudios o de investigación, en condiciones de espacio y tiempo diversos. La consistencia de los resultados en diferentes estudios sobre el efecto de un determinado factor constituye uno de los criterios de causalidad.

En estadística, un método de estimación es consistente si la probabilidad de proporcionar estimaciones cercanas al valor verdadero se aproxima la unidad (máxima probabilidad) a medida que crece el tamaño de la muestra.

Adaptado de: Last, 1989.

Constructo. Concepto, generalmente no observable (Ej.: logros educativos o estatus socio-económico) que es representado por una variable medible.

Tomado de: CSAP, 2001 a.

Consumo de drogas en personas con discapacidad. El consumo de drogas es un importante problema entre las personas con discapacidad. Una posible razón es el uso regular de la medicación prescrita, tanto psicoactiva como no psicoactiva, que podría potenciar el efecto de drogas como el alcohol. Otra razón podría estar en que los problemas relacionados con el alcohol, tabaco y otras drogas que existieran antes de la discapacidad, tenderían a continuar y a empeorar con ésta.



El Centro de Recursos para la Prevención del Abuso de Sustancias y la Discapacidad hace las siguientes recomendaciones para incluir a las personas con discapacidad en programas de prevención:

- Focalizar los programas en las capacidades de las personas, más que en sus incapacidades. Recaltar que las vías alternativas para hacer las cosas son, a menudo, igualmente efectivas.
- Asegurarse de que los lugares en que se ofrecen servicios o se organizan reuniones no tienen barreras arquitectónicas o ambientales que impidan el acceso a los discapacitados.
- Recurrir a personas con discapacidad para facilitar sesiones de concienciación y entrenamiento para los profesionales que trabajan en los servicios, con el fin de promover en ellos actitudes positivas. Es útil proporcionarles material que permita aprender más acerca de temas relacionados con la discapacidad.
- Implicar a personas con discapacidad en juntas consultivas y comités de planificación, e incluirles en la planificación y presentación de los programas patrocinados. Buscar activamente discapacitados cualificados cuando se contrata al personal.
- Asumir responsabilidades en la comprensión de los problemas que afectan a las personas con discapacidad: aprender más sobre el tema, pedir su ayuda, invitar a sus representantes a hablar en las reuniones, etc.

Para cada persona con discapacidad es recomendable, explorar todos los factores que contribuyen a su consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, y no sólo los relacionados con su discapacidad.

Adaptado de: CSAP, 1993.

Consumo de drogas en personas mayores. Mientras que el consumo de alcohol y otras drogas generalmente se reduce a medida que las personas se hacen mayores, los problemas con el alcohol y otras drogas entre los adultos de mayor edad (60 años en adelante) es una fuente de riesgo para su salud y su seguridad, así como una seria preocupación para sus familias.

Especialmente relevante en las personas mayores es el consumo de alcohol. Un número importante de pacientes ancianos que se atienden en los servicios médicos y psiquiátricos presentan patologías relacionadas en algún grado con el consumo de alcohol, lo cual convierte dicho consumo en un tema clínicamente importante a tener en cuenta en la valoración de estos pacientes. Por otra parte existen una serie de cambios fisiológicos debidos a la edad que hacen a los ancianos más vulnerables al alcohol. Además de cambios en el metabolismo, con la edad aumenta el porcentaje de tejido graso, por lo que existe una tendencia a una distribución mayor de todas las sustancias liposolubles como el alcohol, lo que da como resultado una menor tasa de eliminación. Como también está disminuida la eficacia de los encimas hepáticos responsables de la desintoxicación, se puede esperar que para una dosis equivalente de alcohol por Kg., los ancianos alcancen niveles sanguíneos más altos que los individuos más jóvenes. A todo esto hay que añadir la mayor sensibilidad cerebral de las personas mayores a todos los depresores del Sistema Nervioso Central.



También hay que tener en cuenta que los ancianos pueden estar tomando medicamentos con los que el alcohol puede interactuar, y que éste puede contribuir a agravar enfermedades muy frecuentes a esas edades, como pueden ser las pulmonares o las cardiovasculares.

El anciano, además de presentar estas complicaciones, puede ser alcohólico. Pueden distinguirse tres tipos de personas mayores en cuanto a su relación con el alcohol:

- Alcohólicos primarios: son los verdaderos alcoholismos de la tercera edad puesto que son aquellos que se convierten en alcohólicos al llegar a la ancianidad en relación normalmente con el retiro.
- Alcohólicos secundarios: son aquellos ancianos que comenzaron a beber en su juventud o en su madurez y que han llegado a la ancianidad tras una larga carrera alcohólica que se mantiene a estas edades.
- Alcohólicos abstemios: personas que durante su vida adulta consumieron bebidas alcohólicas en exceso y que suspendieron ese hábito al llegar a la tercera edad.

Adaptado de: Reina, 1988; y CSAP, 1993.

Consumo experimental. Generalmente se refiere a los primeros consumos de una determinada droga. También se utiliza este término para referirse a consumos muy poco frecuentes de una sustancia.

Adaptado de: WHO, 1994.

Consumo de drogas. Autoadministración, esporádica o repetida, de una sustancia psicoactiva.

Tomado de: WHO, 1994.

Consumo de menor riesgo. Muchas drogas pueden ser usadas de forma que las consecuencias adversas se reduzcan, ya sea a través de preparaciones más seguras, dosis bajas, otras formas de administración o en lugares más seguros. Por ejemplo, el riesgo de consecuencias adversas del consumo de heroína, o la forma en que un episodio de consumo de drogas amenaza la vida, está en gran medida determinado por si se comparten los útiles de inyección; si un nuevo lote de heroína está probado primero en una pequeña dosis por si es anormalmente puro; o si es usado conjuntamente con otros depresores del sistema nervioso central como las benzodiazepinas o el alcohol. En muchos casos es posible identificar prácticas de uso de drogas que reducen, aunque normalmente no eliminan, el riesgo de consecuencias adversas serias.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Ver: Reducción de daños; Reducción de riesgos.

Consumo recreativo. Consumo de una droga legal o ilegal en circunstancias de diversión o de interacción social que no llega a producir dependencia u otros problemas.

Adaptado de: WHO, 1994.

Contenido alcohólico. Los grados miden el contenido de alcohol absoluto en 100 cc.



Es decir, un vino que tenga 13 grados, significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 13 %.

Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar los gramos de alcohol absoluto ingeridos, en lugar del volumen de bebida alcohólica. Para calcular el contenido en gramos de una bebida basta con multiplicar los grados por 0.8, ya que la densidad del alcohol es menor que la del agua. La fórmula sería: Gramos de alcohol = volumen (expresado en dl) X graduación X 0.8. Así, si una persona consume 100 cc de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es de $13 \times 0.8 = 10.4$ gr de alcohol absoluto.

Tomado de: *Álvarez y Del Río, 2001.*

Ver: *Alcoholemia.*

Contexto de aplicación de un programa. Entorno social, cultural y físico donde se desarrolla la intervención.

Se trata de un aspecto especialmente importante en la aplicación de un programa de prevención, ya que su eficacia dependerá en parte de la consideración de las peculiaridades culturales de la población destinataria, así como de la identificación de los factores de riesgo potenciales a los que se puede hallar sometida.

Ver: *Competencia cultural.*

Control de calidad. Proceso sistemático de aplicación de determinadas técnicas a fin de evaluar y supervisar las distintas operaciones relacionadas con una actividad o servicio. Con este proceso se pretende detectar el grado de fiabilidad de la actividad desarrollada y corregir las variaciones de calidad para asegurar que dicha actividad se desarrolle de acuerdo a criterios previamente establecidos, o para que los resultados cumplan determinadas condiciones.

En general, se trata de un conjunto de actividades de evaluación y mejora continuada de los programas e intervenciones socio-sanitarias, así como los aspectos de organización, administración y gestión para conseguir determinados resultados.

Adaptado de: *Palmer, 1990. Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.*

Control epidemiológico. Vigilancia sistemática de los indicadores utilizados para la valoración de la situación de problemas sanitarios, enfermedades, factores y comportamientos de riesgo en una población o comunidad.

Adaptado de: *WHO, 1994.*

Convenciones internacionales sobre drogas. Tratados internacionales relativos al control de la producción y distribución de sustancias psicoactivas. Los primeros tratados (Acta General de Bruselas, 1889-90 y Convención de St. Germain-en-Laye de 1912) controlaron el tráfico de licores en África durante la era colonial. El primer tratado que se ocupó de las sustancias actualmente controladas fue la Convención de la Haya de 1912, cuyas disposiciones y acuerdos fueron consolidados en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1971 y en la Convención frente al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

Tomado de: *WHO, 1994.*

Ver: *Tratados internacionales de control de drogas.*



Coordinación. La Real Academia Española define la coordinación como la acción o el efecto de coordinar, es decir (1) de disponer cosas metódicamente o (2) concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común.

Considerando la gran diversidad de factores que intervienen en la etiología de las drogodependencias, la prevención exige actuaciones amplias y complejas que afectan generalmente a muy diversos recursos (instituciones, profesionales, voluntarios, infraestructuras, etc.) y que implican actuaciones de todo tipo (legislativas, administrativas, políticas sociales, etc.). Para que tales intervenciones alcancen sus objetivos es imprescindible que la acción de los diferentes agentes esté bien organizada y orientada hacia fines comunes, es decir, que esté eficazmente coordinada.

La coordinación se puede alcanzar a través de medidas orgánicas (creación de comisiones, unidades administrativas u otro tipo de recursos con funciones de coordinación) o a través de medidas funcionales (especialmente la elaboración de planes globales con participación de los distintos sectores afectados).

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Correlación. Grado de relación o asociación entre variables.

Tomado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1998.

Correlación ecológica. Correlación entre variables estudiadas en poblaciones y no en individuos. Las correlaciones halladas entre variables que caracterizan a distintas poblaciones pueden no ser obtenidas cuando se analizan dichas variables en individuos de la población (Ej.: consumo de tabaco y desarrollo socio-económico).

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Análisis ecológico.

Corrección de Yates. Ajuste propuesto por Yates para el cálculo de la prueba de chi-cuadrado en una tabla de 2 x 2, cuando en alguna de las casillas de la tabla, los efectivos están comprendidos entre 3 y 5.

Permite utilizar las tablas de chi-cuadrado para distribuciones basadas en frecuencias discontinuas, ya que esta corrección aproxima esa distribución discontinua a una continua de chi-cuadrado. Sólo debe emplearse cuando el valor χ^2 encontrado es significativo.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Masson, 1982.

Covariante. Variable que posiblemente tiene valor predictivo con respecto al efecto o relación que se estudia.

Una covariante puede tener un interés directo en el estudio, ser un factor de confusión o tener un efecto modificador de la relación estudiada.

Tomado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1998.

Crack (o crak). Es el nombre que recibe la cocaína que ha sido transformada hasta obtener una presentación en forma de base libre (en lugar de una sal, como en el caso del clorhidrato de cocaína). Esta presentación de la sustancia permite inhalar los vapores que se producen cuando el crack se calienta en pipas especiales o sobre una hoja de



papel de aluminio, con lo que la acción de la sustancia sobre el cerebro aparece de forma muy rápida.

Su nombre procede del ruido peculiar que produce el producto al ser calentado en una llama para su uso. Desde su aparición en los años 80 su consumo se ha extendido rápidamente, sobre todo en los estratos sociales más bajos por su menor precio y sus posibilidades de adquisición.

Adaptado de: *Sequeros, 2000.*

Ver: *Cocaína.*

Craving. Término inglés que se usa para referirse al impulso imperioso, central en toda dependencia, de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El craving supone una reacción aprendida, primero a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo).

Tomado de: *Rodríguez-Martos, 2000.*

Cribado (Screening). Aplicación a un grupo de población de una prueba para identificar la presencia de una enfermedad, defecto, o característica inadvertidos. Los resultados positivos y negativos deben confirmarse posteriormente con pruebas o procedimientos de mayor validez. Es sinónimo de Despistaje.

La prueba utilizado en cribado debe tener como características las de validez o exactitud, reproducibilidad, mínimos efectos adversos, aceptabilidad y bajo coste.

Adaptado de: *Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.*

Criterio. Principio o referencia sobre cuya base se juzga algo. Estándar con el que se comparan las acciones realizadas.

Tomado de: *Last, 1989; y Palmer, 1990. Adaptado de: OMS, 1999.*

Ver: *Estándar.*

Cualidades individuales (Assets). En la teoría del desarrollo social, se utiliza este término para describir las habilidades, capacidades y fuerzas individuales que pueden proteger a una persona del desarrollo de problemas asociados al abuso de drogas.

Adaptado de: *CSAP, 2001b.*

Ver: *Factores de protección.*

Cuestionario. Instrumento de observación o recogida de datos mediante la aplicación de listas o relación de preguntas diseñadas para ser cumplimentadas con el objeto de obtener la información buscada. Documento en donde se clasifican las preguntas que se formulan en una encuesta o entrevista para obtener una imagen más fiel de algún aspecto concreto de la realidad.

Adaptado de: *Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.*

Ver: *Banco de instrumentos.*

Cuestionario de entrevista. Serie de preguntas, cuidadosamente elaboradas, utilizadas en una entrevista.



Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Cuestionario.

Curva de supervivencia. Curva que comienza con el 100% de la población en estudio y muestra el porcentaje de ésta que sobrevive a medida que transcurre el tiempo, hasta que se finaliza el estudio.

Permite realizar distintos tipos de análisis, como el tiempo que se está libre de una enfermedad determinada o como el tiempo hasta la cesación o recaída en el consumo de drogas.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1998.

D

Daños relacionados con las drogas. Consecuencias adversas del uso de drogas, ya sean de carácter social, físico, psicológico, legal o de cualquier otro tipo, que son experimentadas como perjudiciales por el consumidor y/o por los que viven con él o por otras personas afectadas por las acciones del usuario de drogas. El término se prefiere a “problemas de drogas” porque no implica un problema personal permanente que requiere tratamiento, sino que centra su atención en si el uso de drogas está relacionado o no con un daño medible de alguna clase.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Datos. Información recogida de acuerdo con un determinado método, utilizando procedimientos e instrumentos específicos de investigación. Esta información se concreta en valores de variables asociadas a acontecimientos que permiten la cuantificación de un fenómeno. Son los elementos que sirven de base para la solución de problemas y para la formación de un juicio. Por tanto, constituyen un índice, una manifestación objetiva, un registro puntual de un hecho y proporcionan la materia prima de la información.

Adaptado de: CSAP, 2001 a.

Variables continuas. Variables con infinito número potencial de posibles valores, distribuidos de forma continua, como la edad, el número de individuos de una muestra, o el número de consumiciones diarias de una sustancia psicoactiva. Se trata de pues de un conjunto de datos cuyos valores pueden situarse en un intervalo finito o infinito.

Basado en: Last, 1989.

Variables cualitativas. Observaciones o información caracterizada por una medición sobre una escala de categorías, bien dicotómica o nominal. Si las categorías se hallan ordenadas, la escala es ordinal. Como ejemplo de estos datos tenemos el sexo, la profesión, la causa de muerte, la valoración del estado de salud u otras valoraciones relevantes en el estudio, por ejemplo, de fenómenos socio-sanitarios.

Adaptado de: Last, 1989; y Hawe, Degeling y Hall, 1993.



Variables cuantitativas. Variables que se expresan en cantidades numéricas, tales como las mediciones continuas o los recuentos.

Tomado de: Last, 1989. Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993.

Datos de línea base. Observaciones o datos sobre la población o el área que son objetos de estudio, antes de llevar a cabo la intervención o tratamiento. Por haberse tomado antes de la intervención se pueden utilizar como base de comparación una vez que el programa se ha implementado.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Variables discontinuas. Variables que pueden disponerse por grupos o series de valores, naturales o elegidos arbitrariamente. Un ejemplo es el número de hijos de una familia, número de consumiciones de alcohol registradas durante un período determinado de tiempo, etc.

Adaptado de: Last, 1989.

Datos en Archivo (Archival Data). Recogida de datos para evaluar necesidades que se obtienen y registran de forma periódica. Una vez recogidos, los datos pueden cruzarse, por ejemplo, para identificar individuos, grupos y áreas geográficas más adecuados para los objetivos de prevención y de tratamiento establecidos.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Datos nacionales, regionales, locales, individuales. Producto de la recogida de información mediante encuestas u otros procedimientos desarrollados a nivel nacional, regional, local o individual.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Datos.

Datos Perdidos (Missing Data). Son datos que no se pueden obtener después de la implantación de la intervención debido a la pérdida de participantes (por abandono del tratamiento, dificultades de localización, fallecimiento, etc.) o a otros motivos. Puede dar lugar a sesgos en la interpretación de los resultados que amenazan la validez del estudio.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Abandono del Experimento.

Datos Procedentes de Encuestas (Survey Data). Información recogida a través de instrumentos especialmente diseñados para obtener datos directamente proporcionados por los individuos acerca de sus características, consumos, preferencias, actitudes y comportamientos.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estructura administrativa española. Aunque en su origen estuvo situada en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en 1993 fue adscrita al Ministerio del Interior (Real Decreto 2314/1993, de 29 de di-



ciembre), con el objeto de dotar a dicho órgano de los instrumentos de coordinación necesarios para desarrollar una acción integrada en materia de drogas que comprenda tanto la persecución de su tráfico como la prevención y rehabilitación. Según el Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, las funciones atribuidas a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas incluyen la dirección, el impulso, la coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, bajo la dirección del Ministro del Interior.

En particular, de forma muy resumida, la DGPND se ocupa de: desarrollar los acuerdos del Grupo Interministerial; coordinar las acciones de los distintos órganos de la Administración relacionados con el tema (Educación, Sanidad, Trabajo, etc.), así como la actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en materias relacionadas con el tráfico de drogas o el blanqueo de capitales; mantener relaciones con otras Administraciones Públicas y ONG, así como con los organismos internacionales pertinentes; gestionar todos los recursos adscritos a ella; dirigir el Sistema de Información sobre Drogas y gestionar la información disponible sobre el tema; proponer actuaciones para la lucha contra el tráfico y el consumo de drogas, así como evaluar las actuaciones que se desarrollen en el marco del Plan Nacional sobre Drogas; coordinar las actuaciones de las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado, por delegación del Secretario de Estado de Seguridad.

Del Delegado del Gobierno para el PND, que tiene rango de Subsecretario, dependen cuatro departamentos con rango de Subdirección General: a) Subdirección General del Plan Nacional sobre Drogas, que se ocupa básicamente del desarrollo de los acuerdos del Grupo Interministerial, la relación con otros Departamentos, con otras Administraciones y con ONG, así como la dirección del Sistema de Información sobre Drogas. b) Subdirección General de Gestión y Relaciones Institucionales, cuyas funciones se relacionan con la gestión de recursos materiales y humanos del PND. c) Subdirección General de Relaciones Internacionales, desarrolla la relación con organismos internacionales y con otros países. d) Gabinete de Evaluación: seguimiento y valoración de los datos especialmente trascendentes relacionados con los temas que son competencia de la Delegación del Gobierno para el PND, así como desempeñar la Secretaría del Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales. e) Gabinete de Coordinación: recepción y análisis de toda la información relativa al ámbito competencial de la Delegación del Gobierno para el PND, así como desempeñar la Secretaría del Consejo Asesor de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales.

Ver: Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

Dependencia de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el DSM-IV, es un patrón de adaptación de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativos, y en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) La necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de una sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. b) La disminución pronunciada del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia. 2. Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes síntomas: a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, definido para cada sustancia específica en el DSM-IV. b) Se toma la misma sustancia (u otra estrechamente relacionada)



para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención. 4. Hay un deseo persistente o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia. 5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (p. Ej. se visita a muchos médicos o se conduce durante largas distancias), para administrarse la sustancia (fumar en cadena), o para recobrase de sus efectos. 6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia. 7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia.

Tomado de: Stahl, 1998.

Ver: Abstinencia; Adicción (al alcohol u otras drogas); Abuso de sustancias psicoactivas; Síndrome de dependencia; Tolerancia.

Depresor. Cualquier agente que suprime, inhibe o reduce algún aspecto de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Las principales clases de depresores del SNC son los sedativos/hipnóticos, opiáceos y neurolépticos. Ejemplos de drogas depresoras son el alcohol, barbitúricos, anestésicos, benzodiazepinas, opiáceos y sus sintéticos análogos. Los anticonvulsivos son incluidos a veces en el grupo de los depresores a causa de su acción inhibitoria de la actividad neuronal anormal.

Tomado de: OMS, 1994.

Ver: Alcohol; Barbitúrico; Benzodiazepinas; Hipnótico; Sedante.

Descriminalización o Despenalización. Eliminar los controles penales y las sanciones criminales en relación a una actividad, la cual sin embargo continúa estando prohibida y sujeta a regulación y sanciones no penales (Ej. sanciones administrativas tales como la retirada del permiso de conducir).

Bajo la opción “prohibición con sanción civil”, las infracciones por la posesión de cantidades de drogas consideradas por la ley como destinadas a uso personal son todavía ilegales pero están castigadas con sanciones civiles tales como multas económicas más que sanciones criminales tales como penas de prisión. Generalmente, las penas criminales más severas se reservan para los delitos más serios posesión, suministro, manufactura o cultivo de cantidades de droga consideradas por la ley como dedicadas al tráfico o propósitos comerciales.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Desviación estándar. Medida de la variación o dispersión de unos datos. Es la medida más ampliamente utilizada para juzgar sobre la dispersión de una distribución de frecuencias. Matemáticamente se expresa como la raíz cuadrada positiva de la Varianza. Es una apreciación global de la amplitud de la dispersión que presentan los valores alrededor de la media.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Hulley y Cummings, 1993.

Diagrama de barras. Técnica gráfica para presentar los datos discretos (de variables no continuas). Las frecuencias se enumeran a lo largo de un eje y las categorías de la va-

riable a lo largo del otro. Las frecuencias de cada grupo de observaciones quedan representadas por las longitudes respectivas de las correspondientes barras. Es una forma de sumarizar un conjunto de datos categóricos, tanto ordinales como nominales.

Adaptado de: Last, 1989; y Center for Applied Statistics, 2003.

Ver: Histograma.

Diagrama de dispersión. Método gráfico que ofrece la distribución de dos variables relacionadas. Los valores de una de ellas se miden en el eje horizontal y los de la otra, en el vertical.

Tomado de: Last, 1989.

Diseño cruzado. Método comparativo de dos o más intervenciones en el que los sujetos participantes reciben ambas intervenciones en orden inverso. Si tenemos dos grupos elegidos aleatoriamente, el primero recibe las intervenciones primera y segunda en ese orden y el segundo grupo recibe las intervenciones en el orden inverso, segunda y primera. Un problema que presenta la adopción de este diseño es que una intervención puede mantener aún su efecto al cambiar a la intervención siguiente.

Adaptado de: Last, 1989.

Diseño cuasiexperimental. Un diseño de investigación que incluye grupos de intervención y control, pero en el que la asignación a cada uno de los grupos no se hace de manera aleatoria. Por tanto, la atribución a la intervención de un efecto observado no es segura, ni permite el mismo grado de certeza que se da en los diseños experimentales.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Diseño de investigación. Describe los procedimientos y métodos predeterminados por un investigador para realizar un proyecto de investigación. Suele constar de las siguientes fases: anteproyecto (se exponen las ideas fundamentales y los recursos necesarios), protocolo (aparecen los objetivos, el calendario y los gastos), diseño propiamente dicho (se revisa el estado actual del conocimiento sobre la materia, se plantea la hipótesis a investigar, la metodología, el análisis, los aspectos administrativos y la bibliografía), ejecución (selección y formación de grupos, factores de riesgo, efectos, recogida de datos, procesamiento y análisis de los mismos) e informe (exposición de los resultados para su publicación).

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Diseño experimental. Es un diseño de investigación con grupo control en el que la asignación de los sujetos del estudio a los grupos de intervención y control se realiza de forma aleatoria con el objeto de garantizar la comparabilidad entre grupos. La evaluación de los resultados es ciega y las mediciones se realizan antes y después de la intervención. Este diseño es el que proporciona pruebas más fuertes de la efectividad de la intervención.

Adaptado de: CSAP, 2001a; y Center for Applied Statistics, 2003.

Diseño factorial. Utilizado cuando se desea responder a dos cuestiones en una misma



muestra de sujetos. Permite dar respuesta a dos o más hipótesis en un solo estudio. Es muy útil para analizar el efecto de posibles interacciones entre dos intervenciones sobre el tratamiento o prevención de una enfermedad. Se utiliza para evaluar dos o más factores de forma simultánea.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Center for Applied Statistics, 2003.

Diseño muestral. Procedimientos utilizados para garantizar que los sujetos seleccionados en un estudio son representativos de la población en la que queremos estimar las variables medidas. Dentro de un programa de prevención corresponde a la etapa que implica tomar decisiones sobre dónde (en qué unidades) se va a recoger la información, cuándo (durante el tiempo que dura el programa) se va a recoger y quién va a facilitar la información (técnicos, usuarios, etc.). Un buen diseño muestral maximiza la posibilidad de generalización y la validez de la información recogida.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Diseño no experimental. Un tipo de diseño de investigación que no incluye grupo de control o de asignación al azar. La atribución a la intervención del efecto observado es comprometida.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Diseños de evaluación de resultados. La evaluación de resultados es la que se centra en la descripción y análisis de los efectos conseguidos por una intervención. Con el diseño de un estudio de evaluación de resultados se trata de obtener una alta validez interna, es decir, controlar todas las potenciales explicaciones o hipótesis alternativas sobre el efecto de la intervención.. Ejemplos de estudios con adecuado diseño para evaluación de resultados son los experimentales; los cuasi experimentales con pretest-postest y grupo de comparación; y los de series temporales.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Disponibilidad de drogas (Drug Access). El grado de disponibilidad y facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas legales e ilegales en las escuelas, los barrios, el hogar, etc., para aquellos que buscan su consumo. Identificado como factor de riesgo del entorno.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Distribución. Resumen completo de las frecuencias observadas en los valores o categorías de una medición hecha sobre un grupo de personas. Muestra qué número o proporción del grupo poseen cada uno de los valores (o cada margen de valores) entre todos los posibles en la medida cuantitativa.

Tomado de: Last, 1989. Adaptado de: Domènech i Massons, 1982.

Aleatorización (Randomization). Asignación de individuos efectuada al azar para su inclusión en grupos, por ejemplo, experimental y de control. Con esta distribución se incrementa la probabilidad de que los grupos de intervención y control sean comparables mediante la equiparación de variables relevantes. La asignación no puede estar condi-

cionada por el investigador, sino que utiliza procedimientos aleatorios no manipulables (por ejemplo, tabla de números aleatorios). El investigador no puede predecir la asignación de los sujetos en el estudio.

Adaptado de: Last, 1989.

Asignación aleatoria estratificada. Procedimiento de asignación aleatoria en el que se identifican los estratos y los sujetos se asignan aleatoriamente dentro de cada uno de ellos. Es una situación intermedia entre la asignación apareada y la aleatoria simple.

Tomado de: Last, 1989.

Distribución bimodal. Distribución con dos regiones de valores de alta frecuencia separadas por una zona de baja frecuencia de observaciones. Distribución con dos picos.

Tomado de: Last, 1989.

Distribución binomial. Distribución de probabilidades asociada a dos resultados mutuamente excluyentes, como pueden ser la presencia o ausencia de un factor determinado. Distribución de probabilidad del número de veces con que aparece un hecho binario en una muestra de n observaciones independientes. Se utiliza para modelar la Razón de Incidencia Acumulada y la Tasa de Prevalencia. La distribución binomial modela (algunas) variables aleatorias discretas.

Típicamente, una variable aleatoria binomial es el número de éxitos de una serie de ensayos. Debe cumplir los siguientes requerimientos: (1) se debe fijar con antelación el número de ensayos; (2) sólo hay dos resultados en cada ensayo, éxito o fracaso; (3) los resultados de todos los ensayos son estadísticamente independientes; y (4) todos los ensayos tienen la misma probabilidad de éxito.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Center for Applied Statistics, 2003.

Distribución de Bernoulli. Es un caso especial de distribución binomial en donde $n = 1$. Distribución de probabilidades asociada a dos resultados mutuamente excluyentes y bien definidos, como pueden ser muerte/ supervivencia. Una variable de Bernoulli es aquella que sólo tiene dos valores posibles.

Adaptado de: Last, 1989.

Distribución de Chi-Cuadrado. Una variable tiene una distribución en chi-cuadrado con K grados de libertad, cuando se distribuye como la suma de los cuadrados de un número K de variables aleatorias independientes y con distribución normal estándar (media = 0 y varianza = 1).

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Distribución de Poisson. Función de distribución utilizada para describir la aparición de acontecimientos raros o para describir la distribución del muestreo de recuentos aislados en un continuo de tiempo o espacio (p . Ej. muestras-recuentos de desintegración radiactiva por minuto). El número de acontecimientos presenta una distribución de Poisson con parámetro (λ), si la probabilidad de observar k hechos ($k = 0, 1, \dots$) Es igual a:



$$p(x = k) = \frac{e^{-k}}{k!}$$

en donde e es la base de los logaritmos naturales, 2,7183... La media y la varianza de la distribución son ambas iguales a λ . Se utiliza para modelar las tasas de incidencia tiempo-persona. La distribución de Poisson modela (algunas) variables aleatorias discretas. De forma corriente, una variable aleatoria de Poisson cuenta el número de sucesos que ocurre en un tiempo determinado o en un área espacial. Se deben cumplir las siguientes condiciones: (1) el período de tiempo se debe fijar de antemano; (2) los sucesos ocurren con una tasa promedio constante; y (3) el número de sucesos que ocurren en intervalos separados son estadísticamente independientes.

La distribución de Poisson se puede aproximar en determinadas ocasiones a una distribución binomial con parámetros n y p. Cuando el número n de observaciones es grande y la probabilidad p del suceso es pequeña, la distribución binomial (n,p) se aproxima a una distribución de Poisson con $m = np$.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Distribución de probabilidades. En el caso de una variable discontinua aleatoria, aquella función que ofrece las probabilidades de que dicha variable equivalga a cada uno de los posibles valores de una secuencia (por ejemplo, las distribuciones binomial y de Poisson). Si la variable aleatoria es continua, esta función es sinónimo de función de densidad de probabilidades.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Distribución de Log-Normal. Si una variable Y es tal que la función $X = \log Y$ tiene una distribución normal, se dice que presenta una distribución log-normal. Es una distribución sesgada y sinónimo de distribución logarítmica-normal.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Distribución Normal.

Distribución F. Es otra importante distribución asociada a la distribución normal. Corresponde al cociente entre dos distribuciones independientes de chi-cuadrado. Es una distribución no simétrica y sesgada a la derecha. Siempre tiene valores positivos y la probabilidad nunca está por debajo de cero. Está asociada a la comparación entre varianzas de dos poblaciones normales, por lo que es sinónimo de distribución del cociente de varianzas.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1982.

Distribución multinomial. Distribución de probabilidades asociada con la inclusión de cada una de las muestras de individuos en una de varias categorías exhaustivas y que se excluyen mutuamente. Cuando el número de categorías es dos, la distribución se llama binomial.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Distribución Binomial.



Distribución normal. Es la distribución de frecuencia continua, de margen o espectro infinito, representada por la ecuación:

$$f(x) = \frac{1}{(2\sigma^2)^{1/2}} e^{-(x-\mu)^2/2\sigma^2}$$

en donde x es la abscisa; f(x), la ordenada; μ , la media; l, el logaritmo natural 2,718, y, la desviación estándar. Tiene como propiedades las siguientes: (1) es una distribución continua y simétrica; ambas colas se extienden hacia el infinito; (2) la media aritmética, la moda y la mediana son idénticas; y (3) su forma viene completamente determinada por la media y la desviación estándar.

La distribución normal modela (algunas) variables aleatorias continuas.

Estrictamente hablando, una variable aleatoria normal debería tomar cualquier valor de los números reales, pero esto se puede obviar en determinadas ocasiones. Muchas de las distribuciones que aparecen en la práctica diaria pueden aproximarse a una distribución normal. El caso más corriente de una distribución normal es la denominada Distribución Normal Estándar cuya media es cero y la varianza, uno y se expresa como N (0,1).

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Distribución “t”, prueba de “t”. Distribución de un cociente de variables aleatorias independientes, en donde el numerador es una variable normal estandarizada y el denominador, la raíz cuadrada positiva del cociente entre una variable con distribución chi-cuadrado y el número de grados de libertad que posee esta última. La prueba de la t se utiliza para determinar si el valor medio de una variable de desenlace continua en un grupo difiere significativamente del de otro grupo. Esta prueba presupone que la distribución de la variable en los dos grupos se aproxima a una curva normal. Se conoce también como Distribución de la t de Student.

Adaptado de: Last, 1989; y Hulley y Cummings, 1993.

Dominio o ámbito de prevención. Esfera de actividad o afiliación en la cual las personas viven, trabajan o se socializan (Ej., individuo, grupo de iguales, escuela, lugar de trabajo, comunidad, sociedad). En prevención, cada uno de estos ámbitos presenta características y potencialidades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar políticas y programas preventivos. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 destaca como ámbitos prioritarios de intervención los siguientes: escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

Adaptado de: CSAP, 2001b ; y DGPND, 2000.

Ver: Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

Doping. Derivado del término holandés dopen (del verbo dopo), líquido espeso que se empleaba para lubricar o estimular. Se utiliza para describir la administración de sustancias extrañas o fisiológicas a dosis anormales, con el objetivo de obtener un aumento artificial del rendimiento del individuo durante la competición. Según la Fifa es el uso de unas ciertas sustancias que pueden tener la función de incrementar artificialmente el estado físico y/o mental del jugador, aumentando así también su actuación atlética. No de-



ben incluirse las sustancias naturales como glucosa, fructosa, vitaminas, lecitinas, fosfatos, etc., que son gastados en la competición.

Tomado de: Alfonso e Ibáñez, 1987.

Ver: Esteroides anabólicos.

Droga. Término de uso variado. En varias Convenciones de las Naciones Unidas y en la declaración sobre Reducción de la Demanda de Drogas se refiere a sustancias que son objeto de control internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, el término droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el término se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia, incluso más específicamente a drogas ilícitas. Sin embargo, la cafeína, el tabaco, el alcohol, y otras sustancias de frecuente uso no médico son también drogas en el sentido de que son tomadas básicamente por sus efectos psicoactivos.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Ver: Sustancia psicoactiva.

Droga de entrada o de inicio (Gateway drug). Droga legal o ilegal cuyo uso parece facilitar el acceso a otras sustancias psicoactivas, el uso de las cuales puede resultar más problemático.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Ver: Teoría de las drogas de inicio.

Drogas ilegales. Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción o venta (no necesariamente su consumo) está prohibido por la legislación con carácter general. Una droga incluida en las listas de los acuerdos internacionales sobre control de drogas, sólo puede ser denominada ilegal (o ilícita) si su origen es ilícito. Si su origen es legal, entonces la droga en sí misma no es ilícita, sino sólo su producción, venta o uso en determinadas circunstancias. Las drogas que aparecen en dichas listas de acuerdos internacionales están bajo control y sólo pueden utilizarse legalmente para fines científicos.

Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: Droga.

Drogas legales. Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción, venta y consumo no están prohibidos por la legislación con carácter general (por ejemplo, el tabaco o el alcohol). En algunos casos, estas sustancias, su comercialización o su uso, pueden estar sometidos a restricciones en función de determinadas circunstancias (horarios o tipos de establecimiento de venta, edad de los consumidores, etc..). En el caso de los fármacos, generalmente su venta legal está sometida a la prescripción facultativa.

Ver: Droga; Drogas ilegales.

E

Educación preventiva. En principio, toda educación es preventiva. La actividad educativa se dirige al desarrollo integral y armónico de los individuos y, en consecuencia, contribuye inevitablemente a la prevención del abuso de drogas.

Por ello, “educación preventiva” se puede considerar una expresión redundante, ya que no hay educación que no sea preventiva. Para evitarlo, se prefiere el término “Educación sobre Drogas” referido a actividades que podemos denominar educativas (ya sea por su contenido o por el ámbito en que se realizan) y que forman parte de los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Ver: Educación sobre drogas; Estrategia.

Educación sanitaria

Ver: Educación para la Salud.

Educación para la Salud. Se trata fundamentalmente de la actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y para desarrollar la motivación y las habilidades personales que la promueven. No se dirige solamente a los individuos, sino también a los grupos, organizaciones y a la comunidad en general. Es una herramienta que forma parte de las estrategias contempladas en la Promoción de la Salud.

La Educación para la Salud aborda, no sólo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Esta forma de educación incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la Educación para la Salud supone la comunicación de información y el desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

En el ámbito escolar, la Educación para la Salud pretende que los alumnos desarrollen hábitos y costumbres saludables, que los valoren como uno de los aspectos básicos de



la calidad de vida y que rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental.

Tomado de: *Sepilli, 1970, cit por Grup Igía, 1989; OMS, 1999; y Niedo, 1992.*

Ver: *Capacitación para la salud; Promoción de la salud.*

Educación por los iguales. Utilización, como educadores, de personas de igual edad o iguales características que la población beneficiaria de una intervención, con el fin de transmitirle mensajes educativos. Ejemplo frecuente de este tipo de estrategia es la utilización de “líderes iguales” en los programas escolares, los cuales son entrenados para transmitir mensajes preventivos a sus amigos. También se utilizan consumidores de drogas para educar a otros consumidores acerca de cómo abandonar o reducir dicho consumo, o cómo usar las drogas de manera más segura.

Aunque se han empleado diferentes métodos para seleccionar los iguales que pueden cumplir esta función educativa, uno de los más fiables es hacerlo a partir de las opiniones de miembros relevantes del grupo con el que se va trabajar. Los iguales pueden intervenir reforzando creencias, normas subjetivas o conductas saludables en su grupo o en su comunidad.

Adaptado de: *UNDCP, 2000.*

Ver: *Apoyo de los iguales.*

Educación sobre drogas. Según la UNESCO (1986), la educación sobre drogas consiste en la puesta en marcha de mecanismos apropiados para asegurar la formación o el desarrollo de los individuos o grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud colectiva, con el objetivo explícito de reducir la demanda de drogas (cit por Grupo Igía, 1989).

Desde una perspectiva general, constituye una de las grandes estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. No debe confundirse con la información sobre drogas, si bien ésta puede ser uno de sus componentes. Puede incluir una amplia variedad de componentes en función de los objetivos específicos en que se concrete en cada caso (habilidades para la vida, información, toma de decisiones, autoestima, desarrollo del espíritu crítico, etc.).

Si bien la institución escolar es el ámbito más frecuente para la educación sobre drogas, también se puede realizar en otros ámbitos. Al respecto, el ámbito familiar ofrece unas condiciones especialmente adecuadas para la educación sobre drogas, especialmente si se establece una adecuada colaboración con la institución escolar.

Basado en: *Grupo Igía, 1989.*

Ver: *Educación para la Salud; Promoción de la Salud; Estrategia; Padres y prevención.*

Efectividad (Effectiveness). Grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio puestos en práctica bajo condiciones habituales, logra lo que se pretende conseguir para una población determinada. Se refiere a la probabilidad de que un individuo o un colectivo obtengan los resultados esperados de la aplicación de una intervención socio-sanitaria en circunstancias habituales de la práctica preventiva.

Adaptado de: *Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.*



Eficacia (Efficacy). Grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio originan un resultado beneficioso en condiciones ideales o experimentales. Se refiere a la probabilidad de que un individuo o un colectivo se beneficie de la aplicación de una intervención en condiciones ideales de actuación. De manera ideal, la evaluación de la eficacia se basa en los resultados de un ensayo controlado con distribución aleatoria.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Efecto. Resultado o impacto de una causa. En epidemiología es a menudo sinónimo de Medida del Efecto. En el ámbito socio-sanitario, cualquier cambio, impacto o resultado registrado sobre las funciones físicas, psíquicas o sociales de los individuos, expresados todos ellos en unidades físicas o naturales, y susceptibles de medición a través de los conceptos de eficacia o efectividad de las acciones sanitarias. Se considera también como el producto o resultado medible en el análisis coste efectividad.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián 1995; Pineault y Daveluy, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; Hulley y Cummings, 1993; y CSAP, 2001a.

Efecto indeseado. Efecto, diferente del buscado, producido por una intervención, procedimiento o régimen preventivo, diagnóstico o terapéutico. Es sinónimo de Reacción Adversa.

Tomado de: Last, 1989.

Efectivo. Una acción, intervención o programa son efectivos si obtienen en la práctica (en condiciones reales de su aplicación), los resultados esperados u obtenidos en estudios de investigación realizados previamente para medir su eficacia (en condiciones ideales). Se trata pues de una acción que obtiene unos resultados concordantes con los objetivos y metas que inicialmente se ha planteado para reducir las dimensiones de un problema o mejorar una situación insatisfactoria.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Eficiencia (Efficiency). Efectos o resultados finales alcanzados en relación con el esfuerzo empleado, en términos monetarios, de recursos y de tiempo. Grado en el que los recursos empleados para procurar una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio, de eficacia y efectividad conocidas, son mínimos. Describe la producción de los bienes y servicios que más valora la sociedad al menor coste social posible. Medida de la economía (o coste de recursos) con la que se lleva a cabo un procedimiento de eficacia y efectividad conocidas. Medida en que las consecuencias de un proyecto sanitario es deseable o no desde la perspectiva económica. El principio filosófico de la eficiencia establece que los recursos sólo deben ser empleados en la producción de aquellos bienes y en la prestación de aquellos servicios que produzcan el máximo beneficio en relación a sus respectivos costes.

En estadística, describe la precisión relativa con la que un determinado diseño o método de estimación de un estudio estima un parámetro de interés.

Adaptado de: Last, 1989; Palmer, 1990; Rubio Cebrián, 1995.

Encuesta (Survey). Investigación en la que se recoge sistemáticamente la información



sin el empleo de ningún método experimental. Puede ser mediante entrevista directa, cuestionario, cuestionario telefónico, cuestionario remitido por correo, o por algún otro medio. A veces, y en sentido limitado, hace referencia específica a una encuesta sobre el terreno.

Adaptado de: Last, 1989; y Hawe, Degeling y Hall, 1993.

Encuesta de salud. Estudio realizado (a menudo de forma periódica) para describir el estado de salud de una población (de ámbito nacional, autonómico o local), conocer la prevalencia de distintas características relacionadas con la salud e identificar distintos problemas de salud y su distribución.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (Household Survey on Drugs). Encuesta que se realiza para estimar la prevalencia e incidencia del consumo de drogas ilegales, tabaco y alcohol en la población estudiada y basándose en una muestra representativa de la población general y no institucionalizada. El importante tamaño de la muestra de domicilios permite conocer además actitudes, comportamientos, y tendencias y realizar desagregaciones según un amplio número de variables socio-demográficas. La repetición periódica de este tipo de encuestas permite realizar el seguimiento a largo plazo de cómo evolucionan distintos indicadores clave en relación a las drogas (consumo, percepción de disponibilidad, percepción de riesgo asociado al consumo, actitudes hacia el consumo, etc.). En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza esta encuesta cada dos años.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Encuesta Escolar sobre Drogas (School Survey on Drugs). Estudio que utiliza a menudo un instrumento especialmente diseñado, que recoge información relevante sobre la gestión en la escuela, el comportamiento y/o las actitudes de los alumnos con respecto al consumo de drogas. Suele tener como unidades de muestreo las aulas. La repetición periódica de este tipo de encuestas permite realizar el seguimiento a largo plazo de cómo evolucionan distintos indicadores clave en relación a las drogas (consumo, percepción de disponibilidad, percepción de riesgo asociado al consumo, actitudes hacia el consumo, consumo percibido, fracaso escolar, etc.). En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza esta encuesta cada dos años.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Encuesta Nacional (National Survey). Recogida sistemática de datos realizada entre una muestra de personas representativas de la población general de un país. Tiene como objetivo el conocimiento de prevalencias de determinadas características y tendencias relacionadas con la salud y la calidad de vida.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Encuesta Nacional de Salud.

Encuesta Nacional de Salud. Tipo de encuesta con cobertura nacional realizada mediante entrevista personal cuyo objetivo es recoger información sobre el estado de sa-



lud del conjunto de la población de un país y relacionar morbilidad, uso de servicios sanitarios y hábitos de vida, entre sí, y con determinadas características personales, sociodemográficas y geográficas, todo ello con fines de planificación y de asignación de recursos sociosanitarios. Suele realizarse con una periodicidad determinada (cada dos o tres años, por ejemplo). En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza la Encuesta Nacional de Salud cada dos años.

Enfoque ambiental. El enfoque ambiental en prevención constituye una parte muy importante de las respuestas globales a los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Muchas de las estrategias actuales para prevenir el consumo de estas sustancias están basadas en el modelo de Salud Pública. Este modelo, derivado del modelo de enfermedades transmisibles, subraya que los problemas surgen de la influencia recíproca del agente, el huésped y el ambiente. En el caso del tabaco, el alcohol y otras drogas, el agente es la sustancia, el huésped es el consumidor y el ambiente es el contexto social y físico en que se produce tal consumo. Entre estos elementos, las influencias ambientales son -por tanto- de gran importancia para la prevención.

El enfoque ambiental en prevención refleja un cambio relativamente reciente en la forma en que la sociedad percibe el consumo de drogas. Hasta hace algún tiempo, las principales estrategias preventivas estaban centradas en la educación y en el tratamiento temprano. Esta educación se orientaba básicamente a la información sobre las consecuencias del consumo y sobre los signos de adicción, para que las personas acudan cuanto antes a tratamiento. Actualmente se centra en intervenciones con poblaciones en situación de riesgo e intenta corregir carencias de los individuos como la baja autoestima o la falta de habilidades sociales. Todo ello se basa en la creencia de que el éxito en la educación y el tratamiento para solucionar los problemas individuales permitirá solucionar también los problemas sociales relacionados con el consumo de drogas.

Parece claro que es dentro del contexto ambiental donde se forman los patrones de consumo de la población y donde los problemas se desarrollan. La prevención actual busca cambiar esos ambientes a través de diversas actividades que van desde el aumento de la concienciación hasta medidas reguladoras que controlen cómo, cuándo y dónde pueden venderse las drogas legales, y que proteja al máximo a los niños y adolescentes de las presiones promocionales hacia el consumo.

La clave de las intervenciones ambientales se basa en la constatación de que los problemas relacionados con el consumo de drogas son el resultado de complejas interacciones a través del tiempo. Puesto que los problemas varían de un lugar a otro y de un momento a otro, no hay ninguna intervención que sea adecuada para cualquier circunstancia. En consecuencia, la prevención efectiva debe estar integrada en la vida de la comunidad y debe adaptarse a sus condiciones económicas y sociales.

Adaptado de: CSAP, 1993.

Ver: Modelo de Salud Pública; Marketing social.

Ensayo a doble ciego. Procedimiento por el que se asegura que tanto los investigadores que realizan la intervención como los sujetos del estudio desconocen la condición de pertenencia de los sujetos participantes en el experimento al grupo de intervención o control.



Adaptado de: Last, 1989; y Hulley y Cummings, 1993.

Ver: Estudio ciego; Ensayo Controlado con Distribución Aleatoria.

Entrenamiento en habilidades parentales y familiares. Estrategia preventiva a través de la cual los padres o tutores son entrenados en el desarrollo de nuevos estilos de educación y gestión familiar y los hijos son entrenados en el desarrollo de habilidades prosociales.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Padres y prevención.

Ensayo clínico (Clinical Trial). Actividad de investigación en la que se administra una pauta de prueba a seres humanos para valorar su eficacia y su seguridad. El término es muy amplio y puede abarcar, desde el ensayo sin tratamiento de control hasta el controlado con distribución aleatoria.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Ver: Ensayo comunitario.

Ensayo comunitario. Estudio experimental en el que la intervención se asigna a toda una comunidad, y el grupo control lo constituye una comunidad equivalente que no recibe la intervención. Un ejemplo es el ensayo de un programa preventivo de amplio alcance (con medidas educativas, legislativas, campañas en los medios de comunicación local, etc.) en una localidad concreta, utilizando como control, otra localidad de características equivalentes pero que no recibe el programa, y está suficientemente alejada de la comunidad que recibe la intervención, como para no recibir su impacto.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Ensayo Clínico.

Ensayo controlado con distribución aleatoria. Experimento en el que los sujetos se asignan aleatoriamente a los grupos de intervención y control para recibir o no una intervención, preventiva o terapéutica. Se comparan los resultados en ambos grupos. Este tipo de estudio se considera generalmente como el más riguroso para comprobar hipótesis, el que ofrece mayores garantías de control de sesgos y, por tanto, el que aporta una evidencia de mayor calidad sobre el efecto de las intervenciones. También se denominan Ensayos Clínicos Controlados.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y Hulley y Cummings, 1993.

Entrenamiento en habilidades para la vida. El entrenamiento en habilidades para la vida constituye uno de los componentes principales en programas efectivos de prevención, especialmente entre los de educación sobre drogas.

Generalmente tales programas incluyen asertividad general (mostrar desacuerdo, hacer peticiones, habilidades de confrontación), asertividad específicamente orientada a los iguales y asertividad para resistir la presión de éstos hacia el uso de drogas, así como otras habilidades más generales como establecimiento de metas, auto-refuerzo, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico, habilidades de análisis, y habilidades para conocer gente y para hacer amigos.



El entrenamiento en estas habilidades aumenta el sentimiento de auto-eficacia y capacita a las personas para enfrentarse a las situaciones vitales que se les planteen. Ello es especialmente importante durante la adolescencia debido a los rápidos cambios de todo tipo a que tienen que hacer frente los individuos y por la elevada capacidad de influencia que tiene el grupo durante esta etapa de la vida.

Basado en: Ballard, 2002.

Ver: Educación sobre drogas; Habilidades para la vida; Modelo de habilidades generales.

Entrevista motivacional. Técnica de valoración y consejo que, mediante un enfoque de no confrontación, trata de obtener información directamente de las personas sobre temas difíciles, como el consumo de alcohol y otras drogas y ayudarles a tomar decisiones positivas para modificar ese consumo indefinidamente. La filosofía que subyace en esta técnica está estrechamente relacionada con las Etapas del Modelo de Cambio de conducta, en el que los cambios del comportamiento se producen a través de un proceso de toma de decisiones que sigue las etapas definidas como: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

La entrevista motivacional comprende una serie de técnicas cuyo objetivo es que la persona beneficiaria de la intervención se mueva a través de esas etapas y pueda valorar de forma apropiada los beneficios y los inconvenientes de su comportamiento actual en una entrevista exenta de juicios de valor.

Adaptado de: WHO, 1994.

Epidemiología. Ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de los estados o acontecimientos relacionados con la salud y sus factores determinantes en poblaciones definidas. Se aplica al estudio y control de los problemas socio-sanitarios. La epidemiología estudia los factores causales y/o asociados que influyen, provocan o están relacionados con la distribución de problemas socio-sanitarios en la población. La información epidemiológica ha sido la base del desarrollo de la salud pública.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y OMS, 1999.

Equidad. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones de un mismo país y entre los distintos países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos de salud.

Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a las actuaciones preventivas, a los servicios socio-sanitarios, o a otros derechos como el derecho a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

Tomado de: OMS, 1999.

Ver: Atención Primaria de Salud.



Equilibrio entre fidelidad y adaptación. Proceso dinámico cuyo objetivo es conciliar la necesidad de fidelidad al programa original, también denominado en la literatura como “prototipo”, con la necesidad de adaptación a las condiciones locales en que se aplica dicho programa.

Adaptado de CSAP, 2001b.

Ver: Adaptación del programa; Fidelidad de la aplicación.

Error. Resultado falso o equivocado obtenido en un estudio o experimento. Uno de los errores típicos en epidemiología es el debido a los sesgos. El error aleatorio es aquella porción de variación en una medida que no tiene relación aparente con ninguna otra medida o variable y que, generalmente, se considera debida al azar. Procede de la variabilidad inherente al muestreo y depende del tamaño de la muestra.

El error sistemático tiene a menudo un origen reconocible, por ejemplo, el uso de un instrumento de medida poco preciso o válido y siempre produce un efecto en un determinado sentido.

Tomado de: Last, 1989.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1982.

Ver: Sesgo.

Error de tipo I. Sinónimo de error α . Error que consiste en rechazar una hipótesis nula una vez analizados los resultados de un estudio cuando dicha hipótesis nula es verdadera en la población (concluimos que existe efecto o asociación cuando en realidad no hay). Es equivalente a encontrar un resultado falso positivo.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Argimón Payas y Jiménez Villa, 1994.

Ver: Prueba estadística.

Error de tipo II. Sinónimo de error β . Error que consiste en aceptar la hipótesis nula una vez analizados los resultados de un estudio cuando dicha hipótesis nula es falsa en la población. Equivalente a un resultado falso negativo.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Ver: Prueba estadística.

Esperanza de Vida (Life Expectancy). Promedio del número de años que se espera que viva un individuo de una determinada edad, si se mantienen las tasas de mortalidad actuales. Es el resultado de un proceso estadístico basado en las tasas de mortalidad específicas para cada edad y constituye una medida de la mortalidad estandarizada por edad. Se calcula a partir de las tablas de supervivencia. Se utiliza como indicador global de salud de una población.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Estándar. Sirve como base de comparación. Especificación técnica o informe escrito diseñado por expertos, basados en los resultados consolidados y obtenidos mediante el estudio científico, la tecnología y la experiencia, dirigido a lograr unos efectos beneficiosos óptimos y que ha recibido la aprobación de una corporación reconocida y representativa.



Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Criterio.

Estandarización. Conjunto de técnicas utilizadas para evitar los efectos causados por las diferencias en las variables o factores de confusión cuando se comparan dos o más poblaciones. Pretende conformar e igualar lo diverso y hacer posible la comparación entre conjuntos distintos. El método comúnmente empleado es la utilización del promedio ponderado de las tasas específicas de la variable escogida, de acuerdo con una distribución determinada de esas variables.

Existen dos métodos principales: el directo que utiliza como método de ponderación la distribución de una determinada población de referencia y, por tanto, la tasa de estandarización directa representa la tasa bruta que se hubiera observado en la población estudiada, con respecto a una variable determinada, si ésta hubiera tenido la misma distribución que la de referencia; y el indirecto, que se utiliza para comparar poblaciones de estudio con tasas específicas de variables desconocidas. Se calculan el promedio de las tasas específicas de la población de referencia y para la ponderación se utiliza la distribución de la población de estudio. El cociente entre la tasa bruta de la población de estudio y el promedio ponderado obtenido es el cociente estandarizado y la tasa indirecta estandarizada es el producto del cociente estandarizado por la tasa bruta de la población de referencia. Es típico el ajuste por la variable edad de tasas de mortalidad de distintas poblaciones que tienen distribuciones de edad muy diferentes, lo que condiciona el riesgo de muerte.

Adaptado de: Last, 1989.

Esteroides anabólicos. Las hormonas esteroides se producen de forma natural en los órganos sexuales masculinos y femeninos, la corteza renal y la placenta. Las hormonas masculinas, incluida la testosterona, operan en el organismo masculino de dos formas: en primer lugar son las responsables del crecimiento y funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y de los efectos “masculinizadores” en el desarrollo del varón. Dichos efectos se conocen como androgénicos y las hormonas masculinas como andrógenos. En segundo lugar, ayudan al desarrollo del tejido muscular, dando como resultado el efecto de “masculinización” o anabólico sobre el cuerpo.

La mayoría de los esteroides anabólicos sintéticos se derivan de la estructura esteroide básica de las testosteronas que se producen en el organismo de forma natural, aunque los fabricantes se esfuerzan (con éxito parcial) en aumentar los efectos anabólicos y reducir los androgénicos. En la práctica deportiva, si se toman conjuntamente con un programa riguroso de entrenamiento y una buena dieta, aumentan la producción de proteínas por el organismo, aumentando la masa muscular y la fuerza. Para mejorar su competitividad, algunos consumidores también buscan mayor agresividad, que puede ser un efecto secundario asociado a las hormonas masculinas.

Su uso prolongado puede causar hipertensión y altos niveles de colesterol, relacionándose directamente con la posibilidad de afecciones cardíacas, daños hepáticos (incluyendo ictericia, tumores, hemorragias y fallo hepático), bloqueo del crecimiento óseo y desórdenes psíquicos como la paranoia. Aunque no se cree que causen dependencia física, algunos consumidores han llegado a mostrarse psíquicamente dependientes de los esteroides, hasta creer que caería su nivel de rendimiento deportivo sin ellos. Este tipo de dependencia podría acompañarse de letargia y depresión.



Adaptado de: Stockley y Edex, 1997.

Ver: Anabolizantes; Doping.

Estilo de vida (Lifestyle). El estilo de vida es una forma de vivir basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características de cada persona, las interacciones sociales y las condiciones socio-económicas y ambientales en las que vive. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo por lo tanto, fijos. Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud de una persona y en la de quienes le rodean. Si las actuaciones preventivas pretenden mejorar la salud y/o la calidad de vida, facilitando a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción preventiva debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Es importante señalar que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida para cada persona.

Tomado de: OMS, 1999.

Estimación. Se refiere a mediciones que se creen aproximadas en vez de precisas o seguras. Es la afirmación cuantitativa de una medición o valor. La estimación es el proceso que permite aproximarnos al valor de una variable en la población de referencia a partir del valor de dicha variable obtenido en una muestra representativa de dicha población. Si los resultados de la estimación se expresan como un valor único, hablamos de estimación puntual, si se expresan como un rango de valores, hablamos de intervalo de confianza.

En la estadística inferencial, la determinación de un valor de un parámetro poblacional a partir de uno muestral.

Adaptado de: Last, 1989; y Center for Applied Statistics, 2003.

Estimación de Mantel-Haenszel. Estimación del riesgo relativo en las series de datos agrupados y apareados. Es una razón de odds (razón de ventajas u odds ratio). El cálculo estadístico puede considerarse como un tipo de promedio ponderado de los cocientes de probabilidades individuales, como resultado de la estratificación de una muestra, internamente homogéneos con respecto a los factores que pueden ser motivo de confusión y cuya influencia se intenta eliminar. Por ejemplo, se utiliza en el análisis de estudios observacionales de casos y controles.

Esta estimación permite eliminar el efecto de variables cualitativas o continuas clasificadas en intervalos. Este método puede extenderse también al resumen de los cocientes de tasas y diferencias de tasas con los datos obtenidos en estudios de seguimiento.

Adaptado de: Last, 1989; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Estimación de máxima probabilidad. Valor de un parámetro desconocido con el que las probabilidades de obtener exactamente los datos que se observaron en el estudio resultan máximas.



Tomado de: Last, 1989.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1998.

Estrategia. En el ámbito socio-sanitario describe las características que orientan una actuación política o técnica de amplio alcance para conseguir cambios sociales y/o sanitarios significativos, por ejemplo, Estrategia Nacional sobre Drogas.

En ocasiones se utiliza como sinónimo de “enfoque”, por ejemplo, la oferta de actividades de tiempo libre en el marco de un programa escolar o familiar.

Ver: Estrategias de prevención; Estrategia Nacional sobre Drogas.

Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008). La Estrategia Nacional sobre Drogas tiene como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en España durante el período 2000-2008, y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y las Organizaciones no Gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias (Art. 2 del Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el período 2000-2008).

Incluye los objetivos a desarrollar en el período de tiempo al que se refiere en relación a las siguientes áreas de intervención: reducción de la demanda (prevención del consumo de drogas y reducción de daños, asistencia e integración social); reducción de la oferta; cooperación internacional; ámbito normativo; investigación y formación; funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas; evaluación y sistemas de información; y financiación.

La Estrategia considera a la prevención como el eje fundamental sobre el cual se articula. En esta materia señala que el Plan Nacional sobre Drogas se fundamenta prioritariamente en la prevención de los consumos y sus consecuencias, con especial atención al alcohol, el tabaco y los consumos emergentes de carácter recreativo.

Tomado de: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000.

Ver: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Estrategias de prevención. Se han realizado numerosas clasificaciones de las estrategias utilizadas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Entre ellas, Torjman Sherri (1986) propone un ordenamiento basado en cuatro grupos:

- Estrategias de influencia. Incluyen un amplio conjunto de actuaciones, muy diferentes entre sí, que -como su nombre indica- tratan de influir sobre las audiencias modificando sus creencias, sus actitudes o su comportamiento en relación con las drogas. Entre las estrategias que habitualmente se utilizan para estos fines cabe destacar: a) inclusión de mensajes en el etiquetado de drogas legales relativos a los riesgos para la salud que implica su consumo; b) campañas publicitarias en medios de comunicación; y c) medidas informativas y de cambio de actitudes.
- Estrategias de desarrollo de competencias. Básicamente son aquellas que trabajan y promueven el desarrollo de las habilidades que generalmente se han incluido en los programas educativos de prevención: habilidades genera-



les para la interacción social, habilidades de resistencia y habilidades para la toma de decisiones y/o la resolución de problemas. Se incluyen también a menudo otras de carácter más general como el desarrollo del espíritu crítico, la capacidad de análisis, etc. Generalmente, los programas educativos dirigidos al desarrollo de competencias incluyen al mismo tiempo otros elementos (informativos, afectivos o de cambio de actitudes) que los complementan y que contribuyen a mejorar su eficacia. La utilidad de incorporar estos componentes complementarios es evidente ya que muchas de las competencias que se trabajan desde los programas de prevención requieren elementos de apoyo. Por ejemplo, la toma de decisiones requiere el concurso de los contenidos informativos necesarios para tomar tales decisiones.

- Estrategias de protección y control. En general se trata de intervenciones normativas y casi siempre coinciden con medidas dirigidas al control de la oferta, es decir, a reducir la presión social o la oportunidades de consumo. Evidentemente, en las sustancias ilegales tales normas tienen por objeto mantener las sustancias fuera del sistema social y la legislación es precisamente el instrumento de su ilegalización. En el caso de las drogas legales, la utilización de medidas de control normativo generalmente se dirigen a: a) incrementar los precios, generalmente por la vía del aumento de los impuestos; b) prohibir la venta o el consumo a personas menores de una determinada edad (generalmente a menores de 18 años); c) regular la venta o el consumo en determinados lugares (en la vía pública, en estaciones de servicio, en centros de la Administración, en centros educativos, en gasolineras, en tiendas que no tienen una autorización especial para vender bebidas alcohólicas, etc.), o regular los horarios de venta; d) prohibir la publicidad y el patrocinio, etc.
- Estrategias de modificación medioambiental. Algunos programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas se han centrado en intervenciones de carácter ambiental, destinadas a modificar las condiciones del entorno familiar, escolar o social que pueden contribuir a promover el consumo de drogas o a promocionar aquellas condiciones que pueden hacer esta conducta menos probable. Entre ellos son especialmente frecuentes los programas de alternativas de tiempo libre.

Lógicamente, la efectividad de estas intervenciones aumenta considerablemente cuando se combinan varias estrategias en el marco de políticas o programas amplios de intervención.

Adaptado de: Torjman Sherri, 1986.

Ver: Prevención.

Estudio caso-control. Es un estudio observacional en el que el muestreo se hace en base a un efecto (presencia o ausencia de enfermedad) y se investiga retrospectivamente la asociación entre uno o varios factores con ese efecto. Se establecen dos grupos de sujetos, unos con el efecto (casos) y otros sin el efecto (controles).

Tiene la ventaja del relativo bajo coste, corta duración y aplicación en enfermedades poco frecuentes o de largo tiempo de desarrollo. Como inconvenientes se encuentran el limitado control de sesgos, la dificultad de elegir el grupo de control más adecuado y la



no estimación de la incidencia de la enfermedad. Aunque hay diseños prospectivos, se asocia a tipo de Estudio Retrospectivo (el efecto ya ha ocurrido y se mira hacia el pasado, “rebobinado de la película”).

Adaptado de: Last, 1989; MachMahon y Pugh, 1.978; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Estudio ciego. Estudio en el que los investigadores, los sujetos del estudio o ambos ignoran el grupo al que se halla asignado cada sujeto del estudio, o bien ignoran la población de procedencia en estudios no experimentales. Si son ambos quienes lo ignoran, el estudio se denomina doble ciego. Si además, el análisis estadístico se realiza por personas que ignoran la procedencia del grupo a la que pertenecen los sujetos, el estudio se denomina, a veces, triple ciego. El objetivo de estos procedimientos es reducir o evitar fuentes de sesgos.

Adaptado de: Last, 1989; y MachMahon y Pugh, 1.978.

Estudio descriptivo. Estudio que describe exclusivamente el valor y distribución de las variables exploradas (por ejemplo, en una encuesta sanitaria) y no analiza relaciones o asociaciones entre variables.

Adaptado de: Last, 1989.

Estudio de seguimiento. Estudio en el que individuos o poblaciones que se han seleccionado en base a una característica o intervención, son estudiados a lo largo del tiempo para conocer los resultados de la intervención, determinados efectos o la evolución de determinadas características. Es sinónimo de Estudio de Cohortes.

Adaptado de: Last, 1989.

Estudio de supervivencia. Seguimiento de una cohorte de sujetos para conocer la probabilidad de que un hecho, como la muerte, ocurra en sucesivos intervalos de tiempo desde el punto de inicio y, a la inversa, la probabilidad de sobrevivir en cada intervalo.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1998.

Estudio de validez

Ver: Validez Interna; Validez Externa.

Estudio de cohortes. Estudio observacional en el que el muestreo se hace en función de la presencia o ausencia de una determinada característica o exposición a un factor o factores que supuestamente pueden influir en la probabilidad de aparición de una determinada enfermedad o efecto. Se establecen dos grupos de sujetos libres de la condición a estudiar (el efecto no se ha producido), uno expuesto al factor y el otro no y se les sigue durante un período de tiempo determinado, para observar la aparición o desarrollo de la enfermedad o efecto buscado.

Tienen las ventajas de una mejor estimación del riesgo, estimación de la incidencia y menores sesgos, pero los inconvenientes de su mayor duración y costes relativos, sobre todo en enfermedades de período de inducción largo o de baja frecuencia. Estos estudios son longitudinales y se denominan de seguimiento, de incidencia y prospectivos.



Adaptado de: Last, 1989; MachMahon y Pugh, 1.978; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Estudio de cohortes retrospectivo. Estudio de cohortes realizado mediante la reconstrucción de datos sobre personas, ocurridos en épocas anteriores, a través de información obtenida de registros sanitarios disponibles. Las cohortes de exposición se identifican y definen a partir de dicha información cuando ya ha ocurrido el efecto. Se determina el estado actual o futuro de esa población.

Adaptado de: Last, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.
Ver: Estudio de Cohortes.

Estudio de factibilidad. Estudio preliminar destinado a determinar si es o no practicable un programa, estudio o técnica, así como valorar los factores que pueden influir en que sea o no posible llevarlos a cabo.

Adaptado de: Last, 1989.

Estudio de incidencia

Ver: Estudio de Cohortes.

Estudio de prevalencia

Ver: Estudio Transversal.

Estudio ecológico. Estudio en el que las unidades de análisis son poblaciones o grupos de personas y no individuos, como puede ser un estudio que analiza la relación entre producto interior bruto y consumo de tabaco a partir de los datos obtenidos en un grupo de países.

Adaptado de: Last, 1989; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Estudio experimental. Estudio en el que el investigador controla, manipula y crea las condiciones para poder evaluar el efecto de una acción o intervención en un número determinado de sujetos, con la intención de evitar o disminuir las fuentes posibles de error y lograr que la variación en factores diferentes al de interés sea pequeña. En oposición a estudio observacional. El paradigma de estos estudios es el ensayo clínico controlado.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Estudio longitudinal

Ver: Estudio de Cohortes.

Estudio observacional. Estudio epidemiológico en el que el investigador no controla la variable de exposición, la acción o la intervención interés del estudio. El investigador sigue la evolución natural de los fenómenos y recoge la información que pretende analizar. Es sinónimo de Estudio No Experimental.

Adaptado de: Last, 1989.



Estudio prospectivo. En general, estudio longitudinal que puede ser observacional o experimental, en el que la selección de los sujetos de estudio se realiza antes de que ocurran los eventos de interés.

Adaptado de: Last, 1989; y MachMahon y Pugh, 1978.

Ver: Estudio de Cohortes.

Estudio retrospectivo. En general, estudio longitudinal observacional en el que los eventos objeto de estudio ya han ocurrido cuando se inicia la selección de los sujetos de estudio.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Estudio Caso Control.

Estudio transversal (Cross-sectional study). Estudios observacionales de carácter descriptivo o analítico que identifican problemas de salud en un punto del tiempo o en un período de tiempo determinado. Opuesto a estudio longitudinal. Examinan las relaciones entre variables de interés de una población en un momento determinado. También denominados estudios de prevalencia. Brindan información descriptiva y permite generar hipótesis que pueden ser comprobadas con el diseño de estudios analíticos posteriores. Muy útiles en la caracterización de la demanda de los servicios de salud. Se utilizan para definir el nivel de enfermedad en una población.

Adaptado de: Last, 1989; MachMahon y Pugh, 1.978; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Etiología. Literalmente, ciencia que se ocupa del estudio de las causas de determinados fenómenos. Actualmente existe suficiente evidencia como para considerar que el consumo de drogas tiene una etiología múltiple. Los factores etiológicos relacionados con el abuso de drogas se denominan factores de riesgo, aunque no se puedan -por ahora- establecer relaciones de causalidad entre dichos factores y el desarrollo de problemas relacionados con las drogas.

Ver: Factores de riesgo.

Evaluación. Procedimiento o conjunto de procedimientos que permiten estimar el valor de un programa, intervención, acción o política. En general, señalar o apreciar el valor de una cosa. Proceso que intenta determinar de forma sistemática y objetiva la relevancia, eficacia, efectividad o impacto de determinadas actividades a la luz de sus objetivos.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995. Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993; y CSAP, 2001a.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación de cualidades (Assets assessment). El proceso de identificar recursos personales y comunitarios que confieren resistencia al comportamiento de abuso de drogas.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Evaluación de impacto. Aunque es frecuente que este término se utilice como sinónimo de "evaluación de resultados", la evaluación de impacto pretende establecer cuáles



han sido todos los efectos que ha producido una intervención, y no solamente los cambios en relación a los objetivos propuestos. De este modo, la evaluación de impacto puede estudiar -además de los resultados obtenidos con la intervención- sus consecuencias a largo plazo y sus efectos sobre grupos distintos de aquellos a la que el programa se dirigía (como en el caso de un programa de prevención escolar del abuso de drogas que tuviera efectos -favorables o no- sobre el uso de sustancias por parte de los padres de los destinatarios del programa).

Adaptado de: Pineault y Daveluy, 1989; Hawe, Degeling y Hall, 1993; Weiss, 1998; y WHO, 1994.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación de la planificación. Es un proceso para medir la eficacia de una intervención preventiva que comienza desde el momento en que se concreta la idea de realizar la intervención. Refleja el proceso de definición del problema, la necesidad de intervención, la población diana y los objetivos. También incluye la evaluación de los recursos y termina con la decisión de planificar las próximas evaluaciones.

Adaptado de: CEPS, 2002 a.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación de necesidades (Needs assessment). Conjunto de actividades dirigidas al establecimiento de prioridades y de las necesidades existentes en la comunidad objeto de la intervención mediante encuestas a poblaciones diana, valoración de los recursos de prevención dentro de la comunidad, estudio de los indicadores actuales de resultados, análisis geo-demográfico de datos sociales.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000; y CSAP, 2001a.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación de proceso. Es la evaluación que determina el grado de fidelidad de los procedimientos del programa con respecto a lo especificado en el plan escrito. También se puede denominar Revisión de Garantía de Calidad. Se dirige a valorar el grado de función e implantación del programa. Identifica los procedimientos que subyacen y el proceso de toma de decisiones para desarrollar el programa. Describe el grado de cumplimiento de objetivos y resultados intermedios, cómo funciona el programa y los servicios que presta. Permite valorar si un programa o actividad se puso en marcha y proporcionó los servicios que se pretendía. Permite la evaluación del éxito o fracaso de su desarrollo, de la explicación de los resultados y de su posterior mejora en una intervención futura.

Adaptado de: Pineault y Daveluy, 1989; Hawe, Degeling y Hall, 1993; CSAP, 2001a; CEPS, 2002 a; y EMCDDA, 1998.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación de resultados. Estudio cuyo objetivo es la valoración de los efectos de una intervención en relación a los resultados esperados. Análisis de los efectos conseguidos. La evaluación de estos resultados o efectos puede estar establecida (puede realizarse) a corto, medio o largo plazo.



Adaptado de: Alvira Martín, 2000; CSAP, 2001a; Weiss, 1998; y EMCDDA. 1998.
Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación del diseño. Análisis lógico y de coherencia del programa de prevención antes de su aplicación para: analizar su coherencia interna (Ej.: actividades coherentes con los objetivos); la coherencia del programa con los resultados de la evaluación de necesidades; y la adecuación lógica y empírica del modelo de intervención y de la estrategia de intervención en los que se basa el programa.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.
Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación del programa. La aplicación de métodos de investigación científicos para evaluar el proceso de implementación y los resultados de un programa. La valoración sistemática de la relevancia, adecuación, progreso, eficiencia, efectividad e impacto de un programa.

Adaptado de: CSAP, 2001a; y EMCDDA. 1998.
Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Evaluación externa. Evaluación de una actividad o de la institución responsable de una acción, intervención o programa, realizada por consultores o investigadores que trabajan en una organización ajena.

Basado en: Palmer, 1990; y EMCDDA. 1998.

Evaluación formativa. Es la evaluación diseñada para obtener información sobre un programa o intervención durante la fase de desarrollo de dicha intervención. Los datos se utilizan para mejorar o conocer la adecuación de la puesta en marcha del programa, del impacto a corto plazo del mismo y de lo apropiado del contenido, materiales, medios de difusión y de la recogida de datos. Es una evaluación que permite mejorar la validez interna y que puede emplear métodos cualitativos o cuantitativos, observacionales o experimentales. También es conocida como Estudio Piloto.

Adaptado de: WHO, 1994; y EMCDDA. 1998.

Evaluación interna. Evaluación realizada por los propios profesionales que pertenecen a la estructura organizativa que desarrolla una intervención.

Basado en: Palmer, 1990; y EMCDDA. 1998.

Evaluación sumativa. Es la evaluación que se desarrolla al finalizar un programa (o una fase del programa) para determinar si se han obtenido los resultados esperados. LA evaluación sumativa trata de proporcionar información sobre el valor del programa.

Tomado de Weiss, 1998.

Evidencia anecdótica. Información derivada de un informe subjetivo, observación, o ejemplo, que puede ser más o menos fiable, pero que no puede considerarse científicamente válida o generalizable a un grupo más amplio. Se trata de la escala más baja de calidad de la evidencia.



Adaptado de: CSAP, 2001a.

Experimento con pretest-postest. Es una intervención realizada con grupo de control equivalente y medición de la variable de interés antes y después de la intervención. Se eligen los sujetos o grupos que van a participar; se hacen las mediciones antes del programa y se comparan para asegurar la homogeneidad de los grupos; se asignan los sujetos aleatoriamente a los grupos; se recoge la información sobre la aplicación, la probabilidad de contaminación, la posibilidad de variables no controladas y la atrición; se hacen las mediciones después del programa a los dos grupos con los mismos instrumentos de medida e idénticas condiciones y situaciones de medición. Al finalizar, se comparan los resultados obtenidos en los grupos para valorar el efecto del programa.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Experimento con sólo postest. Es una intervención con grupo de control equivalente y medición de la variable de interés sólo después de la intervención. Se eligen los sujetos o grupos que van a participar y se comparan para asegurar la homogeneidad de los grupos; se asignan los sujetos aleatoriamente a los grupos; se recoge la información sobre la aplicación, la probabilidad de contaminación, la posibilidad de variables no controladas y la atrición; y se hacen las mediciones después del programa a los dos grupos con los mismos instrumentos de medida e idénticas condiciones y situaciones de medición. Es igual que experimento auténtico con pretest-postest con la diferencia de no aplicar el pretest.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Exposición. Proximidad o contacto con un factor o agente causante de un problema, enfermedad u otro efecto. Cantidad o grado de exposición a un factor de un grupo o un individuo. Un ejemplo de exposición beneficiosa es la inmunización mediante vacunas.

Adaptado de: Last, 1989.

Expuesto. En epidemiología se suele utilizar para designar al grupo, denominado grupo expuesto, cuyos miembros han estado o sido expuestos a un factor protector o causa de enfermedad o a unas condiciones sanitarias determinadas, o bien que posee una característica que puede ser determinante de un resultado sanitario.

Adaptado de: Last, 1989.

Éxtasis o MDMA. La MDMA (metilendioximetanfetamina) o “éxtasis” es una de las variantes de la anfetamina sintetizadas a principios de siglo y que fueron descartadas comercialmente por sus efectos especiales. En este mismo caso se encuentra la MDA o “píldora del amor” (metilendioxianfetamina) y la MDE, MDME o “Eva” (metilendioxietilfanfetamina).

Se trata de drogas cuyos efectos predominantes son de tipo anfetamínicos pero que también presentan efectos sobre la percepción, es decir, un perfil entre la anfetamina y la LSD. Para describir estas variantes se acuñó el término “entactógeno”, precisamente para enfatizar los efectos empáticos y facilitadores de la intimación que suelen producir estas sustancias.



Se han identificado diferentes complicaciones agudas del uso de MDMA entre las que destacan las reacciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, ideación paranoide, episodios psicóticos, etc.), las complicaciones cardiovasculares (derivadas de la acción simpático-mimética de la droga) y, en algunos casos, un aumento de la temperatura corporal que puede provocar el denominado “golpe de calor”. No se conocen bien las repercusiones sanitarias del uso continuado de MDMA, pero algunos trabajos experimentales han sugerido que el uso prolongado de estas sustancias podría causar daños –tal vez irreversibles- en algunas estructuras del Sistema Nervioso Central.

Tomado de: Camí, 2000.

F

Facilitación. En promoción de la salud, la facilitación significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su capacitación para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud. El énfasis que pone esta definición en el capacitación para la salud mediante la colaboración y la movilización de recursos, llama la atención sobre el importante papel que desempeña el personal de salud y otros agentes sanitarios, al actuar como catalizadores de la promoción de la salud, por ejemplo, permitiendo el acceso a la información sanitaria, facilitando el desarrollo de habilidades personales y apoyando el acceso a los procesos políticos que configuran las políticas públicas que afectan a la salud.

En relación a la aplicación de programas de prevención, puede referirse también a la acción del “facilitador” o “mediador”.

Basado en: OMS, 1999.

Ver: Mediadores; Capacitación para la salud.

Factores ambientales. Aquellos factores que son externos o percibidos como externos por un individuo y que sin embargo, afectan a su conducta. Desde una perspectiva restrictiva, se refiere a los factores relacionados con el ámbito familiar del individuo y con sus relaciones interpersonales. Desde un punto de vista más comprensivo, se refiere también a las normas y expectativas sociales, así como a las políticas y su implementación.

Adaptado de: CSAP, 2001a

Ver: Factores de protección; Factores de riesgo.

Factores de protección. Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo.

Entre los factores de protección podemos señalar la existencia de fuertes vínculos familiares, una buena educación parental con reglas de conducta claras e implicación de los padres en la vida de sus hijos, éxito escolar, fuertes vínculos con instituciones prosocia-



les como la escuela u organizaciones religiosas y la asunción de normas convencionales sobre el consumo de drogas.

Otros autores sugieren listados más exhaustivos de factores de protección. Por ejemplo, CSAP (2000) señala los siguientes:

Factores individuales. Se identifican como principales categorías de factores protectores en el ámbito individual :

- Temperamento positivo, lo cual incluye habilidades sociales y sensibilidad social, espíritu cooperativo, estabilidad emocional, opinión positiva de sí mismo, flexibilidad, estrategias de solución de problemas y bajos niveles de autodefensa.
- Pertenencia a familias que proporcionan apoyo emocional, incluyendo atención de los padres a los intereses de los hijos, apego a los padres, relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos e implicación de los padres en los deberes escolares y en las actividades relacionadas con la escuela.
- Contacto con instituciones sociales de apoyo que refuerzan los esfuerzos de afrontamiento de los hijos, lo cual incluye el compromiso con la escuela, la implicación en actividades religiosas o la creencia en valores sociales.
- La competencia social, la cual incluye buenas habilidades de comunicación, sensibilidad, empatía, bondad, sentido del humor, inclinación hacia la conducta prosocial, estrategias de resolución de problemas, un fuerte sentido de la autonomía y la independencia, y sentido de las propias metas y del futuro.

Factores familiares: Quizá el factor de protección más importante relacionado con la familia es la vinculación positiva con el ámbito familiar. Otros factores son:

- Altos niveles de afecto y ausencia de crítica severa.
- Una sensación de confianza básica.
- Altas expectativas de los padres.
- Reglas y expectativas claras respecto a los hijos, incluyendo su participación en las tareas y responsabilidades familiares.

Factores escolares: Los factores protectores relacionados con el ámbito escolar son similares a los familiares, y se centran en la disponibilidad de cuidado y apoyo por parte de la institución escolar, altas expectativas, reglas claras de conducta, y participación e implicación de los jóvenes en las tareas y las decisiones escolares.

Factores relacionados con el grupo de iguales: Considerando la importancia crucial que tiene el grupo de iguales durante la adolescencia, uno de los factores protectores más importantes es la implicación con grupos de iguales con actividades y normas positivas.

Basado en: NIDA, 1997; y CSAP, 2000.

Ver: Resiliencia; Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo.

Factores de riesgo. En general, son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específicos. Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas



o de que éste llegue a causar problemas importantes. La investigación ha identificado numerosos factores de riesgo que pueden agruparse de la siguiente forma: a) factores relacionados con las características individuales; y b) factores relacionados con el contexto social: relacionados con el ambiente familiar; relacionados con el ambiente escolar; relacionados con el grupo de iguales; relacionados con el ámbito laboral; y factores vinculados al entorno social general.

Ver: Factores de riesgo del entorno social; Factores de riesgo escolares; Factores de riesgo familiares; Factores de riesgo individuales; Factores de riesgo laborales; Factores relacionados con el grupo de iguales; Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo.

Factores de riesgo del entorno social general. El entorno social ejerce una gran influencia sobre la conducta del individuo en general y sobre el consumo de drogas en particular. Como parte de ese entorno social, la comunidad es especialmente importante debido a su proximidad al individuo y a la intensidad de las relaciones que se establecen dentro de ella. Por este motivo los factores más vinculados a la comunidad son de gran relevancia a la hora de explicar el consumo de drogas. Entre ellos cabe citar: la elevada disponibilidad y accesibilidad de drogas; las presiones dirigidas a promover el consumo de drogas; la extrema pobreza y la falta de oportunidades; el desarraigo cultural y social; la falta de recursos y equipamientos sociales; la falta de alternativas de empleo del tiempo libre; las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de drogas; o incluso la planificación urbanística.

También tienen influencia otros factores sociales de carácter más general, como son las políticas económicas, el consumismo, el sistema colectivo de valores, las actitudes discriminatorias hacia determinados grupos, las políticas de empleo, etc.

Factores de riesgo escolares. Uno de los principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas es el fracaso escolar. Aunque este fracaso está influido en gran medida por las experiencias de los individuos durante su primera infancia, dentro del ámbito familiar, y durante los años de educación infantil o preescolar, algunos factores relacionados con la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones preexistentes. Entre estos factores cabe citar la existencia de un clima escolar negativo, indisciplinado e inseguro, las bajas expectativas de los profesores respecto al rendimiento de los alumnos y la falta de políticas claras en la escuela en relación al consumo de drogas.

Adaptado de: CSAP, 2000.

Factores de riesgo familiares. La familia constituye un ámbito de aprendizaje y socialización de primer orden, por lo que tiene una influencia crucial en el desarrollo de todo tipo de conductas, incluido el consumo de drogas.

Entre los factores relacionados con el ambiente familiar que se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de drogas está la baja cohesión familiar, conflictos entre los padres, clima afectivo inadecuado, deficiente educación normativa, falta de control y cuidado, consumo de drogas en el ambiente familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de estas sustancias, falta de comunicación y apoyo entre los miembros de la familia, etc.

Factores de riesgo individuales. Algunos de los más importantes factores de riesgo in-



individuales en relación al consumo de drogas pueden ser categorizados como variables incontrolables. En este sentido cabe citar la predisposición genética al consumo de alcohol. También la edad es un factor importante ya que los individuos son más vulnerables durante un determinado período de tiempo (de la pre-adolescencia a la juventud adulta) y un comienzo temprano del consumo incrementa el riesgo de problemas relacionados con la sustancia.

Independientemente de los factores citados, las variables de carácter individual que más se han asociado a un incremento de la probabilidad de consumir drogas son:

Factores de personalidad (baja autoestima, elevada búsqueda de sensaciones, baja asertividad, elevada necesidad de aprobación social, impulsividad, hostilidad, etc.).

Factores conductuales (insatisfacción con el empleo del tiempo libre, bajo rendimiento escolar, falta de habilidades sociales, conducta agresiva o delictiva, etc.).

Factores cognitivos, actitudes y valores (Falta de información, actitudes positivas hacia las drogas, escasa percepción de riesgo en relación al consumo de drogas, falta de habilidades para tomar decisiones, sobre-estimación de la prevalencia, confusión en el sistema de valores, etc.).

Factores de riesgo laborales. Algunos factores relacionados con la organización de los procesos productivos, con el puesto de trabajo o con el ambiente laboral pueden incrementar la probabilidad de que una persona llegue a implicarse en el consumo de drogas o de que éste le cause problemas importantes. Entre ellos, cabe citar los siguientes:

Factores relacionados con la organización del proceso productivo: jornadas de trabajo demasiado prolongadas; rotación horaria; ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral); sobrecarga de trabajo y elevados niveles de tensión; escasas posibilidades de promoción profesional.

Factores relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea: trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc.); condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o demasiado calor); contaminación y toxicidad ambiental; trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores; traslados frecuentes de puestos de trabajo; puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias (camareros, personal sanitario, etc.); cultura del puesto y/o profesión (puestos donde el consumo de drogas forma parte del rol como relaciones públicas, representantes, etc.).

Factores relacionados con el ambiente laboral: conflictividad laboral; inestabilidad laboral; ambiente de gran competitividad; presencia de consumidores en el centro de trabajo; presión de los compañeros de trabajo; tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas; accesibilidad a determinadas sustancias en el centro de trabajo.

Tomado de: Sánchez, 1996.

Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales. Se ha constatado que la posible influencia negativa de los iguales es uno de los factores más importantes en el inicio del consumo de drogas legales e ilegales entre los jóvenes y que su influencia sigue siendo de gran importancia durante en los primeros años de la edad adulta. Sin embargo, no todos los jóvenes son igualmente influenciados por la presión real o percibi-



da de los iguales. De hecho, parece que esta variable interacciona con otras de carácter individual de manera que los adolescentes más susceptibles de ser influidos por los iguales son los que tienen baja autoestima, están menos dispuestos a obedecer a los adultos, menos interesados en las tareas escolares, menos pendientes de metas futuras, o se sienten poco vinculados a las normas positivas tradicionales de carácter familiar, comunitario o religioso. También influye la edad, de manera que la influencia de los iguales se incrementa a medida que los individuos se acercan a la adolescencia.

Además de todos estos factores, una variable clave para la predicción del consumo de drogas es que el joven se relacione con iguales que consumen alcohol o drogas o que se implique en otras formas de conducta problemática.

Basado en: CSAP, 2000.

Ver: *Influencia de los iguales.*

Factores precipitantes. Condiciones o acontecimientos que promueven o facilitan otra condición o acontecimiento.

Tomado de: CSAP, 2001b.

Factores sociodemográficos. Tendencias sociales, influencias o características de la población que afectan a las actitudes, las conductas o los riesgos relacionados con el abuso de sustancias. Estos factores pueden tener una influencia indirecta, pero no por ello menos poderosa.

Tomado de: CSAP, 2001a.

Factores subyacentes. Conductas, actitudes, condiciones o acontecimientos que causan, influyen o predisponen a un individuo a ofrecer resistencia al consumo de drogas o a implicarse en él.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Ver: *Factores de riesgo; Factores de protección; Resiliencia.*

Familia. La evolución que ha sufrido la familia en los últimos años ha dado lugar a una amplia variedad de situaciones difíciles de encuadrar en una definición única. Por ejemplo, el CSAP la define como “padres (o personas que hacen el papel de padres) e hijos que están relacionados entre sí por lazos biológicos o de atribución de tutoría, formalmente (legalmente) o informalmente, que se implican juntos y de forma activa en la vida familiar (compartiendo una red social, recursos materiales y emocionales y fuentes de apoyo)”. Naturalmente, junto a las familias compuestas por padres e hijos, hay que considerar otras situaciones (convivencia con otros familiares, familias monoparentales, familias sin descendencia, etc.).

La familia tiene una función clave en la socialización del individuo y contribuye especialmente a su desarrollo social, emocional y cognitivo. Es el primer grupo social del que forma parte y, como en cualquier núcleo social, sus miembros interactúan entre sí con arreglo a unas reglas de relación, unos roles y unas funciones que van cambiando a lo largo de la vida de ese grupo y en relación con la influencia de otros grupos sociales más amplios. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, es decir, pequeños grupos dentro del grupo familiar:



- El subsistema conyugal lo constituyen la pareja de adultos que fundan la familia y que asumen funciones complementarias buscando la acomodación mutua. El modo de relación y estilo de comunicación dentro del subsistema va a ser el modelo y el patrón de comportamiento en otros subsistemas.
- El subsistema parental se forma a partir de la llegada del primer hijo/a y convierte a la pareja en un nuevo subsistema. Ello supone la asunción de la responsabilidad que conlleva la maternidad / paternidad, el ejercicio de la autoridad, la guía y la educación, el marco del que surgen las normas de convivencia, etc.
- El subsistema fraterno lo conforman los hijos y es el espacio donde experimentan la primera relación de iguales, con el aprendizaje que ello implica.

Actualmente se deben considerar diversas formas de familia, entre las que se encuentran:

- Familias plurinucleares o extensas: en las que conviven varias generaciones y parientes de distinto grado en el mismo hogar.
- Familias nucleares, en las que conviven exclusivamente padres e hijos.
- Familias de núcleo estricto: formadas por la unión de una pareja que no tiene descendencia. Incluye también las personas mayores cuyos hijos ya se han independizado.
- Familias monoparentales: en las que convive un progenitor (padre o madre) y los hijos que dependen de éste.
- Familias reconstituidas: se forman con la unión de progenitores que han formado otras familias previamente, las cuales se han roto por diversas causas. En ellas conviven los hijos de anteriores uniones.
- Familias de acogida: familias, generalmente nucleares o de núcleo estricto, que, con el apoyo de la administración pública, acogen temporalmente a niños que no pueden ser atendidos convenientemente por sus padres biológicos.
- Otras familias: ciertos grupos sociales, como las personas los homosexuales, reivindican el derecho al reconocimiento de las relaciones de pareja estable, así como la equiparación de sus derechos con las parejas de distinto sexo.

Tomado de: CSAP, 2001a ; de Méndez et al., 2000.

Ver: Padres y prevención.

Fiabilidad (Reliability). Grado en que una medida produce el mismo resultado cuando se aplica de manera repetida por diferentes observadores y en distintas localizaciones. Grado de estabilidad conseguido cuando se repite una medición en condiciones idénticas. La falta de fiabilidad se puede deber a la divergencia entre observadores, a los instrumentos de medición o a la propia inestabilidad de la variable objeto de medición.

Adaptado de: Last, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y CSAP, 2001a.

Ver: Medición.



Fidelidad de la aplicación. Concordancia o grado de acuerdo de una estrategia o modelo de programa reproducido con las especificaciones del original.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Fidelidad del Programa o intervención. Una alta fidelidad del programa o de la intervención supone una alta adherencia al diseño del programa, es decir, un alto grado de coincidencia entre los componentes que figuran en el diseño de una intervención preventiva y su actual implementación en un lugar determinado.

En términos operacionales, se refiere al rigor con el cual una actividad coincide con el modelo o prototipo elaborado por quienes diseñaron la intervención.

Adaptado de: CSAP, 2001b.

Ver: Balance entre fidelidad y adaptación; Adaptación de programa.

Formación de formadores. Estrategia piramidal para la difusión amplia de información o de formación, mediante la cual se parte de un pequeño grupo de personas que son formados y entrenados para que desarrollen la diseminación de los correspondientes contenidos con el fin de llegar a un público objetivo más grande.

Un ejemplo de esta estrategia puede ser la formación de grupos de profesores en prevención de las drogodependencias, de manera que éstos a su vez formen a otros profesores, lo cual supone una relación coste-efectividad mucho mejor que utilizar un equipo de especialistas encargados de formar a todo el profesorado.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Fuente de Datos (Source Data). Se refiere a las a las instituciones que pueden facilitar datos relevantes para el conocimiento de la situación relacionada con las drogas en un entorno determinado. Antes de iniciar un programa, es útil revisar los datos ya disponibles en fuentes fiables de información, este paso asegura no tener que duplicar esfuerzos para conocer la situación de partida.

Tomado de: CEPS, 2002 b.

Función de distribución. Función que proporciona la frecuencia relativa con la que una variable aleatoria se encuentra a nivel de una serie de valores o por debajo de éstos. Ejemplos de distribuciones: normal, binomial, chi-cuadrado, t, F y log-normal.

Adaptado de: Last, 1989.

Función de probabilidad. Función que determina la probabilidad de cualquier valor de una variable aleatoria discreta.

Función de supervivencia

Ver: Curva de Supervivencia.

Fumador pasivo o involuntario. Es aquella persona que inhala involuntariamente el humo procedente de consumo de tabaco de otra u otras persona/s.

El término “fumador pasivo” se ha utilizado históricamente para calificar a quienes respiran el aire contaminado por humo de tabaco (AHT). Aunque ampliamente difundido,



este término no es lo suficientemente adecuado, pues excluye los efectos que dicho ambiente ejerce sobre el propio fumador causante de la polución. El término tiene también una connotación de “pasividad” de la persona que no fuma y se ve obligada a respirar el ACHT, cuando en no pocas ocasiones su actitud dista mucho de resultar pasiva. Por ello parece recomendable adoptar los términos “persona afectada por el ACHT” o “fumador involuntario”.

Numerosos estudios científicos efectuados durante más de 30 años demuestran que la sangre de las personas que no fuman pero están expuestas al ACHT contiene niveles elevados de nicotina, monóxido de carbono y más de 400 sustancias tóxicas diversas, entre ellas, diversos agentes carcinógenos. La dosis media de nicotina recibida por un no fumador expuesto al ACHT oscilaría entre el 0.5 % de la dosis que absorbe un gran fumador (fumador de 20 o más cigarrillos al día), y el 2% alcanzado en las personas más intensamente expuestas.

Como consecuencia de ello, los no fumadores que se ven obligados a respirar en un ambiente contaminado por humo de tabaco sufren importantes molestias (ojos y garganta irritada, tos y resfriados más frecuentes, dolor de cabeza, náuseas), y un mayor riesgo de padecer graves enfermedades. Así las personas expuestas al ACHT presentan:

- Un riesgo de padecer cáncer de pulmón 57 veces superior al estimado para las personas expuestas a la contaminación por asbesto, arsénico, benceno, cloruro de vinilo o radiaciones, cuya capacidad para provocar la aparición de cáncer es sobradamente conocida, lo que convierte al humo de tabaco en el contaminante ambiental con mayor poder carcinogénico.
- Un aumento significativo del riesgo de sufrir enfermedades respiratorias, aumento de la gravedad de algunas enfermedades como el asma o, en el caso de las mujeres embarazadas, riesgo de causar problemas al bebé.

Todos estos riesgos afectan a las personas que fuman y también a quienes han decidido no consumir cigarrillos.

Basado en: IARC, 2002.

Ver: Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT).

G

Generalización. Grado en que los principios, hallazgos y modelos de programas son aplicables a otras poblaciones, tiempo y/o lugar. En la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, el término se aplica para referirse al grado en que los avances efectuados en el contexto donde se aplica el programa (la escuela, el centro terapéutico, etc.), se extienden también a otros contextos naturales menos controlados.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y CSAP, 2001a.

Grados de libertad. Número de comparaciones independientes que pueden efectuarse entre los elementos de una muestra. Se refiere al número de contribuciones independientes a una distribución de muestreo (tal como χ^2 , t y F). Es el número de categorías independientes que definen la población. Diferencia entre el número de elementos condicionantes y el de condiciones impuestas. Cada condición impuesta resta, en general, un grado de libertad. En una tabla de contingencia es el producto del número de categorías de las filas menos uno por el número de categorías de las columnas menos uno.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Grupo control. En un diseño de evaluación experimental o en estudios cuasiexperimentales, el grupo que no está expuesto a la intervención y que sirve de comparación.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y CSAP, 2001a.

Grupo de comparación. En un estudio, grupo que se compara con el grupo índice. Es sinónimo generalmente de: Grupo Control.

Adaptado de: Last, 1989.

Grupo de comparación no equivalente con Pretest-Postest. Es un diseño con un grupo de intervención y un grupo de control lo más similar posible al grupo de tratamiento (no equivalente) y en donde la asignación de los sujetos a las condiciones experimentales no se realiza de manera aleatoria. Se hace pretest a ambos grupos, se aplica el programa y se hace posttest a los dos grupos.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.



Grupo diana

Ver: Población diana.

Grupo Focalizado (Focus Group). Un grupo representativo de personas a los que se les pregunta conjuntamente sobre sus opiniones, generalmente, en un emplazamiento controlado. Se utiliza ampliamente como método de recogida de datos cualitativos. Cuando se crea y se implementa de forma adecuada, puede orientar al equipo evaluador sobre el verdadero tema de interés. Se suele equiparar a los grupos de discusión.

Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993; y CSAP, 2001a.

Grupo índice. En un experimento, el grupo que recibe la intervención; en un estudio de casos control, los casos; y, en un estudio de cohortes, el grupo expuesto.

Adaptado de: Last, 1989.

Grupos de acción comunitaria. Grupos u organizaciones sin ánimo de lucro que se forman para llevar a cabo proyectos de gran envergadura en su comunidad. Generalmente comienzan por una o pocas personas, a menudo por experiencias personales, y su éxito depende de que se sumen a ellos otros miembros con las capacidades o recursos necesarios para lograr sus objetivos. Por ejemplo, uno de los grupos de acción comunitaria más conocidos en EE.UU. es Madres contra el Alcohol en la Conducción (Mothers Against Drunk Driving, MADD). Fue iniciado en 1980 por Candy Lightner después de que su hija resultó muerta en un accidente en que el conductor había bebido. Su propósito es tanto proporcionar justicia a las víctimas de accidentes relacionados con el consumo de alcohol, como prevenir tales accidentes. En España, diversas asociaciones y fundaciones comunitarias trabajan en prevención de drogodependencias.

En esta categoría podrían incluirse muchas de las entidades (asociaciones, fundaciones, etc.) sin fin de lucro que tienen como objetivo la movilización social o el trabajo comunitario. La clave para que un grupo de acción comunitaria tenga éxito es contar con el apoyo de los líderes de opinión (políticos, presidentes de organizaciones comunitarias o profesionales, editores de medios de comunicación, etc.), los partidarios (especialmente profesionales: sociólogos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, policías, etc., que dan con su apoyo credibilidad al grupo de acción comunitario) y los voluntarios.

Adaptado de: CSAP, 1993.

Ver: Organización No Gubernamental; Grupos de auto-ayuda.

Grupos de autoayuda o de ayuda mutua. Grupos en los cuales los participantes se apoyan mutuamente en la recuperación, o en el mantenimiento de la recuperación, de la dependencia del alcohol u otras drogas o problemas, o de los efectos derivados de la dependencia de otra u otras personas, sin contar con el apoyo de una terapia formal o dirección profesional. Se basan en la premisa de que relacionarse con otras personas que tienen problemas similares puede ser emocionalmente beneficioso para personas que tienen problemas con las drogas, incluyendo a sus familiares y a sus amigos. Al mismo tiempo, la gente que tiene experiencias parecidas puede ser una fuente adecuada de consejo y de apoyo moral y social.

Entre estos grupos son especialmente relevantes Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos



Rehabilitados, Narcóticos Anónimos o las Asociaciones de Familiares de personas con problemas de dependencia. Algunos de estos grupos admiten la orientación de profesionales.

Adaptado de: UNDCP, 2000; y CSAP, 1993.

Ver: Organizaciones No Gubernamentales, Grupos de Acción Comunitaria.



Habilidades para la vida. Las habilidades para la vida son capacidades y recursos personales, interpersonales, cognitivos, emocionales y físicos que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades para la vida individuales se pueden citar las estrategias para la toma de decisiones y la solución de problemas, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para manejar las emociones y el estrés.

Tomado de: OMS, 1999.

Ver: Modelo de habilidades generales; Entrenamiento en habilidades para la vida.

Hachís. El hachís, costo o chocolate, es una picadura o polvo untoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas de cannabis, aglutinadas mediante resinas y prensadas para obtener una masa de consistencia dura. Se presenta en forma de tabletas.

Tomado de: Markez et al., 2002.

Ver: Cánnabis.

Heroína. La heroína (diacetilmorfina) fue producida por primera vez por la compañía farmacéutica Bayer a finales del siglo XIX tratando de encontrar una sustancia con las propiedades calmantes de la morfina pero sin su potencial adictivo. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y pronto se comprobó que era aún más adictiva que la morfina.

Las fuentes principales de heroína ilegal son Pakistán, Afganistán, India, el Extremo Oriente, Tailandia-Laos-Miyanmar (Birmania), Irán y Turquía. Normalmente se encuentra en forma de polvo que varía de un blanco sucio hasta un color marrón. Durante los últimos años ha habido oleadas sucesivas de heroína china e iraní, así como del subcontinente índico. La heroína china “n° 3” también conocida como “Brown sugar” procede del “Triángulo de Oro” (Laos, Tailandia y Birmania). Consiste en gránulos pequeños de un color gris sucio o marrón y es producida principalmente para fumar.

Una forma más refinada de heroína procedente de la misma zona es la heroína china “n° 4”, polvo blanco y esponjoso cuyo color también puede ser blanco sucio o incluso rosa.



La heroína normalmente es impura y contiene una mezcla de diversas sustancias, algunas de las cuales proceden del opio y otras del proceso de fabricación. En ocasiones se han incluido drogas como fenobarbital, metacualona, paracetamol y cafeína. Además, generalmente se “corta” cuando se vende en la calle, es decir, se añaden otras sustancias para aumentar los beneficios de su venta, entre las que se pueden citar glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, polvos para salsas, harina, levadura en polvo, efedrina, talco, etc.

La heroína produce una sensación de euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades. Con el uso regular, se produce tolerancia que lleva a incrementar el consumo para mantener el funcionamiento habitual y evitar las molestias asociadas al síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se caracteriza por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración y estornudos incontrolados, dolores en las extremidades y dilatación pupilar, escalofríos y “carne de gallina”, fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc. Su duración varía con el individuo y el grado de dependencia, aunque puede superarse sin demasiadas dificultades.

Adaptado de: Stockley et al., 1997.

Hijos de alcohólicos. Con frecuencia la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y, además, se han detectado indicios de la posible existencia de algunos factores genéticos. El riesgo para desarrollar una dependencia alcohólica es de tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica. Muchos estudios han encontrado un riesgo significativamente mayor para la dependencia alcohólica en gemelos monocigotos que en gemelos dicigotos. Los estudios sobre adopción han revelado un riesgo tres a cuatro veces superior para la dependencia alcohólica en los hijos de sujetos con dependencia del alcohol cuando estos niños eran adoptados al nacer y educados por padres sin ese trastorno. Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de las bebidas alcohólicas y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés.

Tomado de: American Psychiatric Association, 1995.

Ver: Síndrome alcohólico fetal.

Hipnóticos. Sustancias psicoactivas utilizadas para inducir el sueño.

Ver: Sedantes.

Hipótesis. Afirmación sobre la realidad objeto de estudio. Suposición fundada en observaciones, reflexiones o teorías científicas, que conduce a predicciones refutables. También puede describirse como toda conjetura elaborada en forma que permita su comprobación y refutación.

Es una parte esencial de la inferencia estadística. Para formular una hipótesis se debe disponer de una teoría que se piense que es correcta o porque se utilice como base de argumentación, pero que no ha sido probada. Proposición razonable que justifica su com-



probación científica formulada como el producto o el resultado de una operación lógica y coherente con la realidad, a fin de sacar de ella una consecuencia, habitualmente referida a la ocurrencia o no de un determinado fenómeno. En epidemiología, especifica una relación causa-efecto entre dos categorías de cosas. En estadística, son reflexiones sobre parámetros poblacionales tales como la varianza y el valor esperado. También puede ser una reflexión sobre el tipo de distribución de una característica de interés.

Adaptado de: Last, 1989; MachMahon y Pugh, 1.978; Rubio Cebrián, 1995; y Hulley y Cummings, 1993.

Ver: Hipótesis Nula.

Hipótesis de prueba

Ver: Hipótesis Nula.

Hipótesis nula. Hipótesis estadística según la cual una variable no presenta asociación con otra u otras variables, o según la cual dos o más distribuciones de la población no difieren entre sí. Afirma que los resultados obtenidos en un estudio, prueba o experimento no difieren de los que podrían haber ocurrido a consecuencia exclusivamente del azar. Por ello, se trata de la hipótesis estadística que se desea probar.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Histograma. Representación gráfica de la distribución de frecuencias de una variable. Para ello se dibujan rectángulos cuyas bases representan, en una escala lineal, los rangos de posibles valores de los diferentes intervalos de clase (h_i) y sus alturas son proporcionales a las frecuencias de los valores en cada uno de los intervalos, para lo cual se halla el cociente n_i / h_i , que se interpreta como el número de casos por cada unidad de la variable x que hay en el intervalo i . Es la representación de los datos medidos en una escala de intervalos (discretos o continuos).

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Center for Applied Statistics, 2003.


Ver: Diagrama de Barras.

Historia natural de un problema o enfermedad. Curso de un problema desde su origen hasta su resolución. En el ámbito de las drogodependencias, describe el proceso de consolidación de una dependencia, desde antes de que ésta se establezca y durante el periodo de consumo experimental, hasta su posible superación. Este término también se ha utilizado para hacer referencia a la “epidemiología descriptiva de una enfermedad o problema sanitario”.

Adaptado de: Last, 1989.

HIV. Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Germen patógeno responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Conocido con anterioridad como virus de la linfadenopatía (LAV), nombre dado por sus descubridores franceses, Montagnier y cols. En 1983, o como virus linfotrópico de las células T humanas, tipo III (HTLV-III), nombre otorgado por Gallo y cols. al virus que descubrieron en 1.984.

Adaptado de: Last, 1989.



Identificación de datos. Búsqueda de la información necesaria para describir o analizar los problemas de una comunidad a través de la exploración de diversas fuentes de datos.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Impacto. El efecto neto observado atribuible a los efectos de una acción, intervención o programa (por ejemplo sobre el estado de salud y el desarrollo socio-económico).

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Implementar. Aplicar o ejecutar un programa, proyecto o plan.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Implementación. El proceso complejo por el cual un programa de prevención del abuso de drogas se pone en marcha en una organización o comunidad particular, para ser utilizado en una audiencia específica. Es un proceso multietápico y se asocia a los conceptos de Fidelidad del Programa y Adaptación.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Incidencia. Número de casos nuevos que se producen de un determinado fenómeno o enfermedad, en una población definida y en un plazo determinado. Generalmente, se expresa como tasa de incidencia, con el número de casos en el numerador y la población en situación de riesgo en el denominador. Normalmente, las tasas de incidencia se presentan de forma estandarizada, tales como nuevos de casos por 100.000 habitantes.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Incidencia acumulada. Es una de las medidas de incidencia. En el caso de enfermedad, representa el número de casos nuevos aparecidos en un período de tiempo determinado en una población libre de enfermedad al inicio del período. Se puede expresar por 100, como riesgo o probabilidad individual de enfermar en el período considerado (por ejemplo, riesgo de recaída en el primer año después de lograr la abstinencia de consumo de una droga).



Adaptado de: Last, 1989.

Indicador. Medida indirecta de un concepto o constructo. Toda medida simple (unidimensional) que puede ser utilizada de forma directa para entender o representar un fenómeno. Todo rasgo, señal o instrumento que contribuye a la comprensión de un suceso y de cuya ocurrencia concluimos que dicho suceso o fenómeno tiene lugar. En el ámbito socio-sanitario, se aplica a toda variable susceptible de ser medida directamente, que refleja el impacto del uso de una sustancia psicoactiva sobre la salud o la calidad de vida de las personas que componen una comunidad (por Ej.: la tasa de mortalidad juvenil relacionada con los accidentes de tráfico en los que interviene el alcohol). Los indicadores deben ser: válidos, sensibles y específicos.

Algunos de los indicadores más útiles en investigación y evaluación de intervenciones preventivas son:

Indicadores demográficos, socio-económicos, y sanitarios relacionadas con las drogas:

- Prevalencia del consumo de drogas.
- Tasa (anual) de nuevos consumidores de una sustancia psicoactiva.
- Tasas de morbilidad y mortalidad atribuible al uso de drogas (por Ej.: tabaquismo: cáncer de pulmón, infarto de miocardio, EPOC, enfermedad cerebrovascular; abuso de alcohol: psicosis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis crónica, cáncer esófago, accidentes de tráfico en los que interviene el alcohol; otras drogas: muertes por reacción aguda, nº episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con consumo).
- Inversiones realizadas por las industrias productoras de alcohol, tabaco y otras drogas y su entorno de influencia (por Ej.: publicidad directa, publicidad indirecta, patrocinio, y otras acciones de lobby para promover una imagen social positiva del producto, de la industria que los produce, de la industria que lo comercializa, y de los consumidores).
- Problemas sociales relacionados con las drogas (por Ej.: paro; extrema deprivación social; violencia; malos tratos en el ámbito familiar; denuncias y detenciones por tráfico de drogas; sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública; absentismo: escolar o laboral, etc.).
- Costes sociales y sanitarios derivados del uso de drogas (por Ej.: atención socio-sanitaria, accidentabilidad laboral, absentismo laboral, incendios, etc.).

Indicadores relacionados con el entorno / ambiente

- Disponibilidad de drogas tanto legales como ilegales (por Ej.: volumen del producto disponible en el mercado legal y/o ilegal, impuestos, precios, etc.).
- Accesibilidad de las drogas tanto legales como ilegales (por Ej.: puntos de venta, horarios de venta, regulaciones al uso público).
- Percepción de disponibilidad de drogas por parte de la población (valoración del grado de dificultad para adquirir drogas, tanto legales como ilegales).
- Consumo de drogas en el entorno de influencia (amigos, padres/tutores, familiares.).



- Percepción de problemas de drogas en el barrio (tráfico, problemas de convivencia vecinal relacionados con el tráfico y/o con el uso, etc.).
- Influencia normativa (conocimiento y aplicación de la normativa vigente en el entorno social inmediato).
- Normativa de los padres en relación con drogas (por Ej.: uso de drogas por parte de los padres/tutores; desaprobación padres consumo de drogas; etc.).
- Estilo educativo de los padres/tutores (por Ej.: estilo democrático; consistencia normativa; estilo de socialización familiar; cohesión familiar, reparto equitativo de tareas y responsabilidades; indicación de hora de llegada a casa de los hijos, etc.).
- Relaciones padres/hijos (por Ej.: existencia de problemas, percepción de conflicto; relaciones/actividades compartidas, etc.).
- Conflictividad en el entorno inmediato (absentismo escolar; violencia doméstica; violencia entre grupos rivales; abandono escolar, etc.).

Indicadores relacionados con el uso de drogas: percepciones, conocimientos, actitudes y conductas de la población destinataria:

- Conocimiento sobre las drogas y sus efectos. Conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de cada sustancia.
- Actitudes ante el consumo de drogas.
- Creencias sobre las consecuencias asociadas al uso.
- Intención de consumo en un período futuro determinado.
- Percepción de riesgo asociado al consumo de drogas.
- Edad de inicio en el consumo.
- Consumo de drogas (inicial, actual, etc.).
- Comprar o facilitar tabaco/ alcohol a padres o familiares.
- Experimentar el ofrecimiento de drogas.
- Percepción de normalidad del consumo en el entorno de amigos.
- Actitud ante la publicidad y la promoción de drogas legales.
- Grado de exposición a campañas publicitarias u otras estrategias de promoción de bebidas alcohólicas, tabaco u otras drogas.
- Recuerdo de campañas o estrategias publicitarias sobre alcohol, tabaco u otras drogas.

VARIABLES INTERMEDIAS relacionadas con la población destinataria, con diversos grados de evidencia sobre su relación con el abuso de drogas: valores, auto-estima, auto-imagen/auto-concepto; depresión; ansiedad; ira; auto-control; búsqueda de sensaciones; asertividad; susceptibilidad a la persuasión y a la presión del entorno; percepción de apoyo social; perspectiva temporal futura; problemas de conducta; problemas personales; conductas de salud e integración psico-social; adaptación (socialización inadecuada); conducta social y antisocial; habilidades de toma de decisiones; habilidades de afrontamiento; estilo de afrontamiento de problemas; habilidades de solución de problemas; habilidades sociales; motivación y asistencia a clase; rendimiento escolar; apego a los padres y la familia; apego a instituciones conven-



cionales y pro-sociales; ocupación del tiempo libre; disponibilidad de dinero semanal, etc.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA: base en la evidencia y calidad en la aplicación

- Indicadores de la calidad del diseño y de la aplicación: fidelidad de la aplicación; coherencia interna entre elementos clave, especialmente entre objetivos, indicadores, recursos disponibles y resultados previstos; cumplimiento de criterios de acreditación marcados por las Administraciones públicas responsables de las políticas sobre drogas; seguimiento de estándares de calidad propuestos por diversos Sistemas de Información (por Ej.: IDEA-Prevención / EDDRA); replicación de un prototipo de prevención, etc.
- Indicadores de proceso: cobertura prevista, cobertura lograda, asistencia, implicación mediadores, implicación población destinataria, opinión de los participantes, grado de satisfacción de los participantes, material empleado, N° de actividades desarrolladas, N° de actividades que no se han desarrollado respecto a las previstas, incidencias, etc.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; CEPS. 2002 b.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Indicador de evaluación. Variable, susceptible de ser medida directamente, que refleja el estado de las personas que componen una comunidad en relación con las drogas u otras variables relevantes. Estas medidas incluyen, por ejemplo, tasas de prevalencia de consumo de drogas, mortalidad atribuible al consumo, bajas laborales debidas al consumo de drogas, tasas de fracaso escolar, etc. Su medida permite fijar los objetivos de las intervenciones preventivas y valorar si tras la intervención, se han producido los cambios esperados en relación con la situación inicial.

Basado en: Last, 1989.

Indicadores aproximados o indirectos (Proxy indicators). Es una medición indirecta que sirve para obtener datos que se pueden utilizar como indicadores de una variable de interés. En general, las mediciones indirectas múltiples son más fiables que un único proxy. Suelen ser individuos que representan a una persona o grupo que no son accesibles o no pueden suministrar la información directamente.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Indicadores sociales. Medición de un aspecto social que tiene que ser documentado a lo largo del tiempo (por ejemplo, los ingresos familiares o comunitarios, el estado social, el gasto por alumno, etc.). Se utilizan a menudo para documentar niveles de riesgo de grupos o comunidades y que sirven como “aproximaciones” de la existencia de problemas sociales, tales como el consumo/abuso de drogas.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Índices de estado de salud. Serie de medidas diseñadas para detectar las fluctuaciones a corto plazo del estado de salud de los miembros de una población. Incluyen generalmente el grado de función física, bienestar emocional, actividades cotidianas, sen-



timientos, relación social, etc. Para su confección se requiere el empleo de preguntas cuidadosamente elaboradas, en relación con hechos, más que con matices de opinión. Los resultados suelen presentarse en forma de puntuación numérica, que proporciona un perfil del grado de bienestar del individuo.

Se pueden utilizar para evaluar las variaciones en el nivel de salud de una población y conocer en qué medida se están alcanzando determinados objetivos de salud.

Tomado de: Last, 1989. Adaptado de: Rubio Cebrián, 1995.

Inferencia. Proceso de pasar desde las observaciones y axiomas a las generalizaciones. En estadística, desarrollo de la generalización a la población de los datos proporcionados por una muestra.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Hulley y Cummings, 1993.

Influencia de los iguales. Referida al consumo de drogas, la influencia de los iguales puede ser descrita como una de las presiones ambientales de carácter social que influye en la experimentación o en el mantenimiento del consumo de drogas. La influencia de los iguales incluye factores cognitivos, tales como la percepción de la conducta de los iguales (modelado) y las normas sobre el uso de drogas percibidas en el grupo de iguales, así como factores situacionales tales como la presión directa de los iguales y la importancia de la socialización y la conformidad en los grupos. Así, el término “influencia de los iguales” es más amplio y menos unidireccional que “presión de los iguales”, que representa una forma particular de influencia de los iguales.

Debe subrayarse que la influencia de los iguales no tiene que ser necesariamente negativa ya que los procesos citados pueden utilizarse para modelar conductas de rechazo a las drogas, para desarrollar normas subjetivas contrarias a su consumo, para promover conductas saludables, etc.

Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales; Presión de los iguales; Apoyo de los iguales; Educación por los iguales.

Inhalables. Se trata de disolventes orgánicos volátiles, generalmente procedentes de colas y adhesivos industriales (tolueno, xilenos), de pinturas, barnices, lacas, etc.. Son consumidos por aspiración, generalmente por medio de bolsas de plástico, con fines embriagantes, siendo común entre la población infantil marginada de algunas grandes ciudades.

Es la droga paradigmática del mundo de la pobreza por su bajo precio y facilidad de obtención y su gravedad reside sobre todo en su toxicidad. Los adictos a los inhalables suelen presentar bajo rendimiento académico, grandes dificultades de aprendizaje y gran absentismo escolar.

La embriaguez por inhalables se caracteriza por euforia inicial seguida de confusión, distorsión perceptual, delirio e incluso pseudo-alucinaciones, pudiendo inducir también conductas agresivas. En dosis mayores puede producir ataxia, nistagmus, disartria, somnolencia y, en ocasiones, convulsiones y coma. Se han descrito casos de muerte súbita por anoxia (por ejemplo, por aspiración del vómito), depresión respiratoria, arritmias cardíacas o trauma. La toxicidad crónica de disolventes orgánicos puede ocasionar lesiones neurológicas, neuropsicológicas, renales, cardíacas, hepáticas y pulmonares.



Tomado de: Camí, 2000.

Iniciación. Etapa en la que el programa de prevención comienza su marcha. Los miembros de la comunidad muestran un gran entusiasmo en esta fase debido a que todavía no se han encontrado con obstáculos que impidan su desarrollo.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Instrumento. Herramienta de medida que utilizan los investigadores para obtener información de manera organizada, tal como puede ser un protocolo de entrevista o una encuesta estandarizada.

Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993; y CSAP, 2001a.

Instrumentos de evaluación. Son herramientas especialmente diseñadas para la recogida de datos (por ejemplo, cuestionarios, guías estructuradas de observación, instrumentos de entrevistas) con las que se obtienen mediciones fiables de variables de interés en individuos o grupos (actitudes, creencias, habilidades o comportamientos).

Adaptado de: CSAP, 2001a; y CEPS, 2002 a.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

Integridad. Nivel de credibilidad de los hallazgos de un estudio que se basa en las valoraciones que los expertos hacen por consenso acerca de la calidad de la implementación y de los métodos de evaluación.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Intervalo de Confianza (Confidence Interval). Margen de valores de una variable de interés, por ejemplo, una tasa, dispuestos de tal modo que dicho margen tiene una determinada probabilidad de incluir el verdadero valor de la variable. La probabilidad especificada se denomina nivel de confianza (95%, 99%, 99,9%, etc.) y los puntos extremos del intervalo de confianza, son los límites de confianza.

Estimación de un rango de valores en donde probablemente se encuentre el valor desconocido del parámetro de una población. La amplitud del rango nos da una idea de la incertidumbre que tenemos acerca del parámetro desconocido. Se obtiene una mayor precisión del valor de la variable medida (intervalo de confianza más estrecho) cuanto mayor es el tamaño del estudio. El intervalo de confianza es más informativo que los resultados de las pruebas de hipótesis (valor de la p) ya que ofrece un rango de los posibles valores de un parámetro desconocido.

Tomado de: Last, 1989.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1982; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Center for Applied Statistics, 2003.

Intercambio de jeringuillas. Medida para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas por el uso repetido de jeringuillas o por compartirlas, con el fin de reducir el contagio de virus a través de la sangre. Inicialmente fue desarrollada en respuesta a la aparición del VIH/SIDA y rápidamente se extendió a numerosos países en los cuales el consumo de drogas por vía parenteral era considerado un problema. Este concepto implica la distribución



de jeringuillas estériles a cambio de jeringuillas usadas, las cuales son almacenadas de forma segura. En la práctica, no es siempre necesario el “cambio” y las jeringuillas estériles pueden ser distribuidas a demanda, en ocasiones a un precio reducido.

Tomado de: *UNDCP, 2000.*

Intervención. Actividad o grupo de actividades a las que es expuesto un grupo para promover cambios en su conducta. En prevención del abuso de drogas, las intervenciones son usadas para prevenir o para reducir los niveles de consumo de las sustancias psicoactivas o para reducir o evitar los problemas relacionados con dicho consumo.

Adaptado de: *CSAP, 2001a.*

Intervención breve. Estrategia de tratamiento en la cual la terapia está estructurada en un número limitado de sesiones (normalmente, de una a cuatro) de corta duración (generalmente 5-30 minutos) y que se ofrece con el ánimo de ayudar a un individuo a abandonar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas o (menos habitualmente) a solucionar otros problemas de su vida.

Está diseñada particularmente para médicos generales o profesionales de atención primaria. Hay cierta evidencia de que las intervenciones breves son más efectivas si incluyen citas de seguimiento, por ejemplo, un mes y seis meses después del primer contacto. Hasta ahora, las intervenciones breves han sido aplicadas principalmente en el abandono del consumo de tabaco y como terapia por abuso de alcohol, especialmente para aquellos que están en los estadios iniciales del problema. Hay evidencia de que las intervenciones breves pueden ser efectivas para fumadores y bebedores que no padecen dependencia severa. Algunas investigaciones clínicas han recomendado que las intervenciones breves deben ser aplicadas a personas que padecen dependencia severa, pero que de otra manera no se implicarían en modalidades terapéuticas más intensas. En las intervenciones breves frecuentemente se proporcionan libros, folletos u otros materiales de auto-ayuda.

El término “intervención mínima” es habitualmente usado como sinónimo de intervención breve, aunque tiende a restringirse su uso a sesiones de valoración y consejo que no excedan los 5 minutos.

Adaptado de: *WHO, 1994; y de UNDCP, 2000.*

Ver: *Intervención mínima.*

Intervención centrada en el individuo. Enfoque de la prevención que se centra en los problemas y necesidades del individuo. En prevención se puede definir operativamente como la acción o conjunto de acciones destinadas a reducir la influencia de los factores de riesgo individuales o a potenciar la influencia de los factores de protección individuales.

Ver: *Factores de riesgo individuales; Factores de protección.*

Intervención comunitaria. Enfoque de la prevención que se centra en los problemas y necesidades de una comunidad entera, como puede ser una gran ciudad, un pequeño pueblo, una escuela, un lugar de trabajo o un lugar público.

Tomado de: *CSAP, 2001a.*

Ver: *Programa comunitario.*



Intervención en la primera infancia. Actuaciones destinadas a promocionar estilos de vida sanos en los niños pequeños, desde la escuela infantil o la guardería, acrecentando la salud emocional y física del niño como una forma temprana de prevenir el consumo de drogas.

Intervención mínima. Modalidad de intervención breve cuya finalidad es promover cambios de estilos de vida en pacientes que acuden a una consulta sanitaria. Su duración es aproximadamente de 3 a 5 minutos. Se reduce a un simple consejo donde se informa al paciente del riesgo o daño detectado, contrastando su consumo de alguna sustancia psicoactiva con los límites de riesgo establecidos. Suele facilitarse material informativo o de auto-ayuda.

Es la intervención menos ambiciosa pero la más generalizable al ser la única posible cuando se dispone de poco tiempo de consulta, o cuando el paciente rechaza ahondar en el tema. También llamada intervención muy breve, es útil para promover cambios en el consumo de alcohol o para ayudar a dejar de fumar.

Adaptado de: Rodríguez-Martos, 2001.

Ver: Intervención breve.

Intervención temprana. Estrategia que combina la detección temprana de consumos de riesgo o perjudiciales y el tratamiento de los implicados. El tratamiento es ofertado o proporcionado antes de que sea demandado por la persona que se halla en situación de riesgo, y en muchos casos antes de que ésta sea consciente de que su consumo de drogas ha podido causarle problemas.

Se dirige particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o mayores complicaciones de carácter psicosocial. La intervención temprana es una estrategia pro-activa, la cual es iniciada más por el profesional de la salud que por el paciente. El primer estadio consiste en un procedimiento sistemático de detección temprana. Hay varias estrategias: preguntas de rutina acerca del uso de alcohol, tabaco, y otras drogas en la historia clínica, y el uso de test de detección, por ejemplo en consultas de atención primaria. También se incluyen preguntas suplementarias para confirmar el diagnóstico. El tratamiento, que es el segundo componente, es generalmente breve y se realiza en servicios de atención primaria, durando una media de 5 a 30 minutos aunque puede ser más largo en otro tipo de recurso asistencial.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Intervención breve.

Investigación. Conjunto de actividades protocolizadas y sistemáticas orientadas a medir hechos y fenómenos o confirmar hipótesis mediante el uso de métodos científicos de observación y experimentación. Proceso sistemático, organizado y objetivo, orientado a responder una pregunta.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; Hulley y Cummings, 1993; y CSAP, 2001a.

Investigación evaluativa. Conjunto de procedimientos para valorar la efectividad de una acción, intervención o programa.

Adaptado de: CSAP, 2001a; y EMCDDA. 1998.

J

Jóvenes en situación de riesgo. La identificación de un joven como “de riesgo” es muy peligrosa ya que puede influir en las expectativas que los demás tienen hacia él e influir negativamente en la prevención, convirtiéndose el resultado en una profecía auto-cumplida.

Es muy importante tener claro que el concepto de riesgo implica sólo probabilidad relativa y nunca certeza de un determinado resultado. Un joven que no es considerado “de riesgo” puede llegar a tener problemas serios con las drogas, mientras que otro catalogado como “de riesgo” puede no tenerlos nunca. La identificación de determinadas personas que se hallan “en situación de riesgo” -es decir, que viven en condiciones que pueden facilitar el desarrollo de conductas problemáticas en relación con las drogas- puede tener efectos positivos al facilitar la prestación de mayores cuidados. Sin embargo, también puede tener efectos muy negativos. Por ello, el concepto de riesgo debe utilizarse con mucho cuidado.

El Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse Prevention, CSAP) sugiere que se use el término “persona en situación de alto riesgo”, en lugar de persona “de riesgo”. De esta forma se evitan estigmatizaciones y se enfatiza la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de los problemas relacionados con las drogas.

Basado en: CSAP, 1993.

Ver: Población en riesgo.



Legalización. Eliminación de la prohibición de una actividad previamente ilícita, por Ej., la venta o consumo no médico de sustancias psicoactivas. No implica necesariamente la eliminación de todos los controles sobre tal actividad (por Ej., restricción de la venta a menores, prohibición de todo tipo de publicidad, promoción o patrocinio, etc.).

Adaptado de: *UNDCP, 2000.*

Ver: *Descriminilización o despenalización; Drogas legales.*

Línea de regresión. Diagrama representativo de una ecuación de regresión, trazado habitualmente con la variable independiente, x , en la abscisa y la variable dependiente, y , en la ordenada. En una gráfica isométrica o estereograma se puede observar el diagrama de tres variables.

Tomado de: *Last, 1989. Adaptado de: Domènech i Massons, 1982.*

Ver: *Análisis de regresión; Regresión.*

LSD. Lisérgida o dietilamida del ácido lisérgico. Sustancia alucinógena de gran potencia.

Ver: *Alucinógeno.*

M

Marcadores biológicos. Son componentes biológicos o atributos que ponen de manifiesto la presencia de algún trastorno o vulnerabilidad en relación a una droga. En general pueden distinguirse dos tipos de marcadores: los marcadores de rasgo o de susceptibilidad y los marcadores de estado o de situación.

Los marcadores de rasgo pueden indicar factores etiológicos o de alto riesgo. Son indicadores invariables en el tiempo y están presentes durante toda la vida. En sentido estricto no son específicos de determinadas enfermedades, aunque algunos rasgos de personalidad pueden estar relacionados. Son ejemplos de éstos, las sensaciones subjetivas, la actividad motora y, como marcadores biológicos -por ejemplo- las pruebas neurohormonales que siguen a la ingesta de una dosis de prueba de alcohol en ciertas poblaciones. Los factores que predisponen a una determinada situación -genéticos o adquiridos- aumentan la probabilidad de su desarrollo, de ahí que los marcadores de rasgo también se les llame marcadores de susceptibilidad.

Los marcadores de estado o de situación indican los cambios inducidos por una droga y sus consecuencias patológicas. Están presentes durante la enfermedad aguda, pero no antes ni después. Varían con las condiciones y con el tiempo. Entre los marcadores de estado podemos distinguir los marcadores de intoxicación, los marcadores residuales (o pruebas que son demostrables sólo después de que la enfermedad se ha manifestado y que reflejan los cambios de los mecanismos neuronales implicados en la adicción) y los marcadores biológicos (o marcadores residuales de tipo biológico, que se expresan como anomalías analíticas en estrecha relación con el consumo de una sustancia). Por ejemplo, los marcadores biológicos mejor conocidos en el alcoholismo son la alcoholemia y su correlación con el alcohol en aire espirado, las enzimas hepáticas, el volumen corpuscular medio eritrocitario y la transferrina deficiente en carbohidratos.

Tomado de: WHO, 1994; y Martínez y Rubio, 2001.

Marco teórico de un programa o intervención. El marco teórico de un programa o intervención de prevención del consumo de sustancias psicoactivas viene definido por una o varias teorías que, organizadas de forma coherente y aplicadas al consumo de tales sustancias, nos permiten elaborar un modelo explicativo satisfactorio de la génesis y de la evolución de dicho consumo, así como de su relación con el resto del comportamiento humano.



Naturalmente, la calidad del modelo teórico vendrá dada, en primer lugar, por la solidez de la teoría o teorías en las que se basa y, en segundo lugar, por el respaldo empírico acumulado a través de la investigación y la evaluación de las intervenciones diseñadas en base a dicho modelo teórico.

Desde el punto de vista operativo, el modelo teórico es esencial en el diseño de las intervenciones ya que es el que permite identificar las variables que se relacionan con el consumo de drogas y, en consecuencia, las que deben ser modificadas por la intervención. Igualmente es imprescindible para el diseño de la evaluación de los programas ya que nos permite predecir el efecto que una determinada intervención tendrá sobre el consumo de drogas y sobre el conjunto del comportamiento de los implicados.

Finalmente, el marco teórico hace posible el avance científico. Sólo en la medida que los programas de prevención del consumo de drogas estén fundamentados en modelos teóricos adecuados, será posible explicar los resultados obtenidos en las diferentes intervenciones, mejorar nuestra comprensión de este comportamiento y, en consecuencia, diseñar nuevas intervenciones más eficaces.

Marihuana

Ver: *Cánnabis*.

Marketing social. Diseño, implementación y control de programas desarrollados para influir en la aceptabilidad social de una idea o una causa por un grupo. Tiene sus raíces en el marketing comercial y en las campañas de reforma social. Aunque las campañas de marketing social utilizan a menudo los canales de los medios de comunicación, son más que una campaña publicitaria. Implica identificar las necesidades de un grupo específico de personas, proporcionar información para que las personas puedan tomar decisiones, ofrecer programas o servicios que conecten con las necesidades reales y evaluar hasta qué punto se produce esa conexión.

El marketing social puede usarse en diversas situaciones para dar información al público o para animar a grupos específicos a realizar determinadas acciones. Por ejemplo, una campaña para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol puede focalizar el mensaje, no en el conductor, sino en otras personas como indica el eslogan "Amigos, no permitáis a vuestros amigos beber y conducir".

La prevención del consumo de drogas utiliza técnicas de marketing social, al mismo tiempo que el activismo a través de los medios de comunicación, como parte de las intervenciones ambientales. La evidencia derivada de la evaluación de campañas mediáticas de prevención del tabaquismo, sugiere que campañas informativas intensas y mantenidas en el tiempo constituyen instrumentos eficaces para incrementar la aceptación pública de las medidas políticas de prevención, como son el incremento de los impuestos a las drogas legales, las regulaciones a la venta y al uso público de estas sustancias, etc.

La experiencia internacional indica que las campañas de prevención de drogas dirigidas a los jóvenes deben: formar parte de una estrategia global de prevención; dirigirse a jóvenes, pero también a adultos, con mensajes adecuados a cada grupo; contribuir a incrementar el conocimiento sobre los riesgos de uso y a cambiar actitudes y conductas, promoviendo estilos de vida libres del uso de drogas; deben ser culturalmente sensibles

a cada grupo destinatario; estar suficientemente dotadas. Para cumplir con estos requisitos, es necesaria una inversión mantenida en salud pública, y en investigación social y de marketing. En relación a los mensajes a transmitir, existen evidencias que indican la eficacia de centrarlos en: exponer las tácticas de promoción utilizadas por las industrias que se lucran con la venta de drogas (ya sean legales o ilegales), como una forma de promover una actitud crítica de los jóvenes, que les permita rechazar la manipulación que dichas tácticas conlleva; informar sobre las consecuencias el uso tiene para los adolescentes y los jóvenes, y sobre la adicción; así como, informar sobre el impacto económico y medioambiental derivados de la producción y comercialización de drogas. Todo ello, transmitido en lenguaje directo, claro, veraz y no moralizante, que promueva la valoración de los hechos y la extracción de las propias conclusiones por parte de los jóvenes.

Basado en: CSAP, 1993; WHO Regional Office for Europe, 2002; y conclusiones de la Conferencia europea convocada por la Comisión Europea en Roma (13-15 de Noviembre de 2003), bajo el lema: “Tobacco, Youth Prevention and Communication”.

Ver: Activismo social y político a través de los medios de comunicación; Enfoque ambiental.

Media aritmética. Medida de tendencia central de una distribución expresada por la suma de todos los valores de una serie de medidas de una variable y dividida por el número de valores existentes en la serie.

Adaptado de: Last, 1989.

Media armónica. Medida de tendencia central de un conjunto de valores de una variable que corresponde a la inversa de la media aritmética de los inversos de los elementos de la serie.

Mediación. Acción del mediador.

Ver: Mediador.

Mediador. En la aplicación de programas de prevención, especialmente en los de carácter comunitario, es la persona que media o facilita la ejecución de las actividades previstas, actuando de catalizador de los procesos de cambio social que se consideran necesarios para el logro de los objetivos preventivos. Generalmente, la misión del mediador social en las intervenciones comunitarias no es la de impartir conocimientos o dirigir el proceso formativo de los participantes, sino la de ponerles en situación de aprender sin convertirse en el protagonista de su aprendizaje. Debe estar atento a motivar, a facilitar, a eliminar obstáculos, a hacer patente la capacidad de los grupos para resolver los problemas, pero todo ello sin dirigir, sin ofrecer su solución.

En principio hay una gran cantidad de agentes sociales que pueden ejercer la función de mediador. profesores, profesionales sanitarios o sociales, religiosos, voluntarios, etc. Aunque no hay ningún perfil que asegure un óptima ejecución por parte del mediador, parece claro que en ningún caso debe creerse imprescindible, ser prepotente, ser manipulador o incoherente, ser paternalista, creerse un salvador, ser inflexible o rígido, ser poco objetivo o mantener un discurso cerrado o circular. Por el contrario, el mediador social debe mostrar madurez y equilibrio personal, capacidad para el análisis continuo de la realidad, capacidad crítica y creatividad, conocimiento del entorno inmediato, capacidad de trabajo en equipo, capacidad de gestión y de planificación de actividades



sociales, capacidad de relación con la comunidad, capacidad de diálogo y comunicación, cierta formación psicopedagógica, así como capacidad de dinamización de la vida social, grupal y personal.

Además de estas cualidades (que pueden traducirse de un modo natural e intuitivo en la correcta realización de la tarea del mediador), es conveniente que los mediadores adquieran una formación ajustada a las peculiaridades de la función a desempeñar, la cual dotará a su trabajo de la necesaria calidad técnica.

Basado en: Alonso, Cembranos et al., 2001.

Medición. Asignación de valores a un objeto o un acontecimiento de acuerdo con unas reglas. Existen cuatro tipos generales de escalas de medida: nominal, ordinal, de intervalo y de razón.

En las escalas nominales, los valores obtenidos con la medición indican la pertenencia a una categoría de la escala (Ej. “hombre” es uno de los valores posibles cuando se mide la variable nominal “género”). Los distintos valores de una escala ordinal permiten ordenar jerárquicamente los valores (al medir la variable ordinal “clase social”, el valor correspondiente a “clase media” es inferior al de “clase alta” y superior al de “clase baja”, pero una escala ordinal no permite decidir cuál es la distancia que separa dos valores de la escala). Las escalas de intervalo y de razón proporcionan medidas numéricas que permiten conocer la distancia entre dos valores concretos y realizar muchas otras operaciones, y se diferencian entre sí por la existencia de un valor de cero absoluto, que solamente es posible en las escalas de razón (Ej. el número de hermanos es una escala de razón, porque es posible no tener ningún hermano. La inteligencia, en cambio, no puede medirse a partir de una escala de razón, porque no tendría sentido establecer un valor para la “ausencia de inteligencia”).

Basado en: Weiss, 1998

Mediana. Medida de tendencia central expresada como el valor de un conjunto de datos ordenados que divide el conjunto en dos mitades, una superior y otra inferior con igual número de valores de datos en cada mitad.

Adaptado de: Last, 1989.

MDMA

Ver: Éxtasis o MDMA

Medidas de evaluación de proceso. Mediciones correspondientes a la participación, “dosis”, recursos humanos, cobertura alcanzada, tiempo dedicado a la aplicación, y otros factores relacionados con la implementación de la intervención.

Basado en: CSAP, 2001a; y EMCDDA, 1998.

Medidas de resultado (Outcome measures). Medición del efecto o resultados de las intervenciones o servicios proporcionados a una población definida. Entre estas medidas se incluyen la satisfacción y la percepción de los usuarios o beneficiarios, la calidad de vida y el estatus funcional de esta población destinataria, así como mediciones objetivas de salud, adaptación, consumo de sustancias psicoactivas, actitudes sobre el consumo de drogas, mortalidad y morbilidad relacionadas con el uso de drogas, etc.



Basado en: CSAP, 2001a; y EMCDDA, 1998.

Medidas de tendencia central. Término general que engloba diversas características de la distribución de una serie de valores o mediciones, en la mitad de la serie o en sus cercanías. Las principales medidas de tendencia central son la Media, la Mediana y la Moda.

Tomado de: Last, 1989.

Medidas Pre y Post Test: Pre-Test y Pos-Test. En los diseños de investigación, describe la recogida de mediciones antes y después de la intervención para evaluar sus efectos.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Experimento auténtico con pretest-postest.

Medidas para el control del abandono del programa (Attrition measures). Actuaciones desarrolladas para tratar de minimizar el impacto que sobre el análisis de los resultados de los programas preventivos tienen los participantes que abandonan el mismo. El abandono del programa afecta a la validez interna, a la validez externa y a la comparabilidad de las intervenciones. Estas medidas permiten controlar el efecto que el abandono tiene en los resultados del programa, dado que incluyen el posterior seguimiento de quienes abandonaron la intervención, y así realizar las mediciones establecidas en el protocolo.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Ver: Abandono del experimento.

Mejora Continua de la Calidad (Continuous Quality Improvement. CQI). Una característica esencial de la mejora continua es que tiene por objeto mejorar la calidad de las intervenciones. Según AENOR (2000), la mejora de la calidad es una parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. Estos requisitos pueden estar relacionados con cualquier aspecto tal como la eficacia, la eficiencia o la trazabilidad. La mejora continua es una actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Aplicado a los programas de prevención, la mejora continua de la calidad será la actividad de evaluación y retroalimentación, repetitiva y periódica, destinada a aumentar la capacidad de tales programas para alcanzar objetivos de prevención (eficacia), para optimizar el aprovechamiento de los recursos (eficiencia) o para reconstruir la historia, aplicación o localización de todos los elementos del programa que deben estar bajo control (trazabilidad). La mejora continua constituye uno de los principios básicos para alcanzar la Calidad Total, existiendo una técnica de mejora continua, conocida con el nombre de Ciclo de Deming, cuyos cuatro puntos básicos son los siguientes: planear lo que se desea conseguir y cómo hacerlo; realizar los objetivos propuestos; observar los resultados; y estudiar en base a los datos obtenidos para poder predecir.

Tomando como base el Ciclo de Deming se ha difundido una pequeña variante que recibe el nombre de PDCA (Plan, Do, Check, Act) y cuyo significado es:

- Planificar (Plan): Decidiendo los objetivos de prevención y estableciendo los métodos más adecuados que permitan obtener dichos objetivos.



- Realizar (Do): Efectuando la oportuna formación y adiestramiento de los agentes preventivos.
- Comprobar (Check): Realizando la correspondiente comprobación de los resultados en función de los objetivos planeados. Si éstos no han sido obtenidos, debe comenzarse de nuevo el ciclo.
- Actuar (Act): Llevando a cabo las acciones correctoras necesarias.

Una vez terminado el ciclo, es necesario verificar nuevamente todo el proceso para comprobar que las acciones correctoras han funcionado.

Adaptado de: AENOR, 2000; y de Domingo y Arranz, 1997.

Meta de la intervención. Resultado o cambio global, específico, medible y claramente definido, que puede ser razonablemente esperado al final de una intervención metódicamente seleccionada y planificada.

Tomado de: CSAP, 2001 b.

Metaanálisis. Proceso sistemático de utilizar métodos estadísticos para combinar, evaluar y recuperar los resultados de los conjuntos de datos procedentes de diferentes estudios. En ciencias biomédicas y sociales es la valoración sistemática, organizada y estructurada de un problema de interés, mediante el uso de información obtenida a partir de un cierto número de estudios independientes entre sí acerca de ese problema o acerca de cómo disminuir dicho problema eficazmente. Una aplicación frecuente es la recopilación de resultados procedentes de diversos ensayos controlados, con muestras pequeñas, cuyos resultados no alcanzan significación estadística por sí mismos, pero que sí lo alcanzan cuando se toman los datos en conjunto. El metaanálisis posee un componente cualitativo, es decir, la aplicación de unos criterios de calidad predeterminados y otro componente cuantitativo, que es la integración de la información numérica. El metaanálisis conlleva un riesgo de diversos sesgos e incluye aspectos de la revisión conjunta (overview) y del conjuntado (pooling) de datos, pero es más completo que cualquiera de ambos.

El pooling es un método de estimación puntual de observaciones sobre un mismo hecho realizadas en varias ocasiones, pero en iguales condiciones; en este método cada estrato es ponderado con el fin de reforzar la precisión del resultado final, dando a cada estrato un peso inversamente proporcional a la varianza de cada uno de sus valores específicos. El término overview se aplica al metaanálisis de los resultados de estudios que se han realizado sobre problemas similares o que podrían ser consecuencia de los mismos factores de riesgo y de una evolución etiológica paralela, por ejemplo, la revisión de un conjunto de estudios sobre prevención de accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas.

Los objetivos principales de un metaanálisis son: revisar de forma crítica los estudios publicados, investigar la relación existente entre dos variables que pueden mantener relaciones de causalidad, y aumentar la precisión de las estimaciones del efecto que se estudia.

Basado en: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Método. Conjunto de procedimientos que se siguen en una investigación o programa de intervención y que trata del modo de desarrollo en que se organizan los distintos pasos o fases de dicha intervención.



Adaptado de: Rubio Cebrián, 1995.

Método de estimación. En estadística, función para calcular los valores de un parámetro de la población a partir de los datos observados en una muestra representativa.

Tomado de: Last, 1989.

Método de recogida de datos. Es el procedimiento, la fuente y el formato de la obtención de los datos para llevar a cabo un estudio. Posibles métodos son: registros y archivos, observación, encuestas y entrevistas. En muchas ocasiones, se utiliza una combinación de diversos procedimientos.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.

Metodología. Ciencia que estudia los métodos o procedimientos utilizados para alcanzar unos fines concretos. No debe confundirse con “método”, aunque, erróneamente la palabra “metodología” se emplea frecuentemente en lugar de “método”.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Método.

Modelado. Proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o de un grupo actúa como modelo en algún aspecto (conductual, actitudinal, cognitivo, etc.) para otras personas. El aprendizaje por modelamiento o modelado es uno de los conceptos centrales de la teoría del aprendizaje socio-cognitivo propuesto por Bandura, que señaló que no todos los aprendizajes son resultado de la experiencia directa sino que las personas también pueden aprender de modo vicario observando la conducta de los demás. Desde una persona nace, la familia desempeña un importante función de modelado, ya que los adultos sirven de modelo para llevar a cabo un buen número de conductas (destrezas motoras, hábitos de higiene, etc.) y para adoptar algunas actitudes o pensamientos en relación a las cosas que nos rodean, incluyendo las drogas.

Como técnica de intervención psicológica, el procedimiento básico del modelado consiste en exponer al sujeto ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamientos adecuados que deberán ser adoptados. Para que se produzca el modelado es necesario que el observador preste atención al modelo, recuerde las pautas de conducta, posea las habilidades para ejecutarlas y esté motivado para llevarlas a cabo. Diferentes factores pueden influir en la adquisición de la conducta: la atención, los pensamientos, las creencias, la similitud entre el observador y el modelo, etc. Otro aspecto fundamental para que el observador adquiera o no la conducta son las consecuencias que se deriven de la actuación del modelo. Si a la conducta del modelo le siguen consecuencias positivas (reforzamiento positivo) es más probable que el observador lleve a cabo y repita la conducta, que si a la conducta del modelo le siguen consecuencias negativas (castigo).

Adaptado de: Cruzado, 1995; Olivares y Méndez, 1998

Ver: Reforzamiento; Modelo del aprendizaje social.

Modelo. Representación abstracta de las relaciones entre los componentes lógicos,



analíticos o empíricos de un sistema. Se trata de una expresión formalizada de una teoría o situación causal que se considera que ha generado los datos observados.

En epidemiología, se empezaron a utilizar modelos cuando se trató de predecir el comienzo y el curso de las epidemias, por ejemplo, William Farr con las epidemias de viruela entre 1.830 y 1.840, cuyas curvas de frecuencia permitían estimar el número de fallecimientos que habría esperar. El desarrollo de modelos en el ámbito de la prevención del abuso de drogas se inició a mediados del S. XX con la finalidad de encontrar enfoques de intervención capaces de responder a las finalidades preventivas.

Basado en: Last, 1989.

Modelo evolutivo de Kandel. El modelo evolutivo de Kandel (1975) propone que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento de facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y finalmente, de drogas ilegales. La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc) se produce de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales (alcohol y tabaco).

Kandel basó su propuesta en conceptos y procesos de la teoría de la socialización y del aprendizaje social, considerando a la familia y al grupo de iguales como dos de las influencias básicas que se relacionan con el consumo (o no consumo) de drogas ilegales.

Tomado de: Becoña, 2002.

Modelo de Acción Razonada. La teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) se fundamenta en la asunción de que las personas normalmente son bastante racionales y hacen un uso sistemático de la información de que disponen. De este modo, la mayoría de las acciones que tienen relevancia social están bajo el control de la voluntad y, consiguientemente, la intención de ejecutarlas (o no ejecutarlas) es el determinante inmediato de la acción.

Por otro lado, la intención de la persona está en función de dos determinantes básicos. El primero, de naturaleza personal, puede denominarse “actitud hacia la conducta” y se refiere a la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la ejecución de esa conducta. El segundo, de carácter más social, se refiere a la presión social que recibe el individuo para ejecutar o no ejecutar la conducta en cuestión. En general los individuos intentan ejecutar una conducta cuando la evalúan positivamente y cuando creen que otras personas importantes para él la llevarían a cabo.

De acuerdo a esta teoría, las actitudes están en función de las creencias, de forma que una persona que cree que una conducta tendrá consecuencias positivas mantendrá una actitud positiva hacia su ejecución, mientras que si piensa que las consecuencias serán negativas, tendrá una actitud negativa hacia dicha conducta. Estas creencias que subyacen a las actitudes de una persona hacia determinadas conductas se denominan “creencias conductuales”. Por el contrario, las creencias acerca de lo que otras personas consideran que debería o no debería hacer se denominan “creencias normativas” y sirven de base a las normas subjetivas de los individuos.

Bajo su formulación inicial, la teoría de la Acción Razonada es útil para explicar conductas que están totalmente bajo el control del sujeto. Sin embargo, muchas de las con-

ductas escapan en alguna medida a tal control, situándose en algún punto del continuo que va desde el control absoluto (cuando puede ejecutarla a voluntad) a la falta de control total (cuando la ejecución de la conducta requiere oportunidades, recursos o habilidades que no están disponibles para el sujeto).

Para superar estas dificultades, Ajzen añadió el concepto de “control de conducta percibido” al modelo original propuesto por Ajzen y Fishbein, formulado su teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1988). De esta forma, la intención de conducta puede verse determinada, no sólo por la actitud y las normas subjetivas, sino también por el control de conducta percibido. Además, este control de conducta puede incluso determinar la conducta más allá incluso de la intención del propio individuo (por Ej., una adolescente puede consumir drogas si se ve presionado a ello aunque sus actitudes hacia estas sustancias sean negativas y aunque considere que no es correcto consumirlas, siempre que piense que rechazarlas es una conducta que escapa a su control debido, por ejemplo, a las reacciones negativas que anticipa en los demás).

Adaptado de: Alonso, Bayón et al., 2001.

Modelo de Desarrollo Social. El modelo del desarrollo social, elaborado por Catalano y Hawkins (1996) a partir de formulaciones anteriores (Hawkins y Weis, 1985), es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial (que incluye conducta violenta, consumo de drogas, etc.) a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección.

Las asunciones principales de este modelo son que, en primer lugar, los seres humanos son buscadores de satisfacción y que las personas se implican en unas conductas u otras en función de la satisfacción que esperan obtener de ellas. En segundo lugar, considera que existe un consenso normativo en la sociedad, o lo que es lo mismo, unas “reglas del juego”.

El modelo del desarrollo social hipotetiza que el niño aprende los patrones de conducta, ya sean prosociales o antisociales, de los agentes de socialización como son la familia, la escuela, el grupo religioso, otras instituciones comunitarias y el grupo de iguales. De este modo, los niños son socializados a través de un proceso que implica cuatro constructos: a) oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, b) grado de implicación e interacción, c) habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y d) el reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones. De este modo, cuando el proceso de socialización es consistente se desarrolla un vínculo social entre el individuo y el agente de socialización. Cuando este vínculo está fuertemente establecido tiene el poder de afectar a la conducta independientemente, estableciendo un control informal sobre la conducta futura y, en consecuencia, tiene la posibilidad de inhibir las conductas desviadas a partir de una conformidad con las normas y valores de la unidad socializante.

El modelo del desarrollo social establece dos posibles vías: una que lleva a la conducta prosocial y otra que lleva a la conducta antisocial. Si predominan las influencias prosociales, resulta la conducta prosocial y si predominan las influencias antisociales, resulta la conducta antisocial. En este proceso, que lleva a una u otra, hay una serie de pasos. Así, para la conducta prosocial, el primer paso está constituido por las oportunidades



percibidas para participar en el orden prosocial. Si dispone de tales oportunidades es más probable que se implique en ellas (segundo paso). Una vez implicado, puede recibir refuerzos por tales conductas e interacciones prosociales (tercer paso) lo cual le llevará al establecimiento de relaciones de apoyo y de compromiso con otras personas prosociales y otras actividades prosociales (cuarto paso). Todo ello permitirá desarrollar en el individuo la creencia en la validez moral de las reglas de conducta de la sociedad (quinto paso), las cuales -una vez internalizadas- delimitarán su conducta.

Puesto que -como hemos visto- el reforzamiento percibido desempeña un papel de gran importancia en este proceso, todos los factores que mejoran el reforzamiento y su percepción pueden favorecer el proceso de interacción prosocial. Estos factores incluyen la habilidad de identificar, expresar y manejar sentimientos, el control de los impulsos, las habilidades de afrontamiento del estrés, saber leer e interpretar los indicios sociales, solucionar problemas y tomar decisiones, conocer las normas de conducta, saber comunicarse o ejecutar adecuadamente tareas como el trabajo académico.

Del mismo modo, en la vía que lleva a la conducta antisocial, los pasos son semejantes pero inversos a los anteriores: si el individuo percibe muchas oportunidades para la interacción antisocial, se implica en ellas y recibe refuerzos por ello, establecerá apegos y compromisos antisociales que le llevarán a internalizar una aprobación normativa de la conducta antisocial.

Este modelo da también una gran importancia al proceso de desarrollo, ya que es muy importante el proceso de socialización y el contexto en que se produce. Además, hay evidencia de que la conducta pasada afecta a las futuras actitudes y conductas y de que tal desarrollo de la conducta en parte tiene lugar a través de interacciones sociales a lo largo del tiempo. Por ello especifica cuatro submodelos definidos por los cambios que se producen en los ambientes sociales y que incluyen la etapa preescolar, la escuela elemental, la escuela media y la escuela secundaria. Cada una de estas etapas implica cambios en la influencia de la familia, la escuela y los iguales, y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la edad adulta puede modificar el curso de la conducta prosocial o antisocial.

De acuerdo con este modelo, los autores señalan que es posible intervenir en cada uno de los pasos mencionados, aunque ello exige actuaciones complejas. Por ello, consideran que cada uno de los elementos causales en el proceso de desarrollo social es un elemento potencial de intervención, que es preciso realizar intervenciones múltiples ya que hay múltiples caminos directos e indirectos que llevan a la conducta antisocial, que -teniendo en cuenta la importancia de los vínculos previos- es necesario intervenir tempranamente, que las intervenciones deben ser adecuadas a cada etapa del desarrollo y que las transiciones de una etapa a otra pueden tener una enorme influencia en los procesos causales de la conducta prosocial o antisocial.

Adaptado de: Becoña, 1999.

Modelo de Habilidades Generales. Es uno de los modelos más recientes y que han generado una mayor cantidad de trabajos en prevención del consumo de drogas. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes, no sólo en habilidades para rechazar las ofertas de drogas, sino también en otras habilidades de carácter general. Se basa en la multicausalidad del inicio del consumo de cualquier sustancia y, en conse-

cuencia, tratan de cubrir distintas áreas que pueden ser deficitarias en los adolescentes con el fin de que puedan hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensar tales deficiencias.

Quizá el programa más representativo del modelo de habilidades generales es el denominado “Life Skills Training” (Entrenamiento en habilidades para la vida, LST) elaborado por Botvin y col., el cual ha mostrado excelentes resultados en diversos estudios de evaluación. Está constituido por 12 unidades que se aplican en 15 sesiones (con 10 sesiones más de recuerdo en el segundo año y 5 sesiones en el tercero) y su objetivo es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o usar drogas. Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión publicitaria, manejar situaciones generadoras de ansiedad, comunicarse de forma efectiva, mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.

Además de los objetivos citados, el programa imparte conocimientos sobre tabaco, alcohol y otras drogas (centrándose especialmente en las consecuencias negativa inmediatas, la disminución de la aceptabilidad social de los usuarios de sustancias y la prevalencia actual del consumo entre jóvenes y adultos), y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, cómo aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en que pueden recibir presiones para consumir drogas.

Adaptado de: Becoña, 1999.

Ver: *Habilidades para la vida; Entrenamiento en habilidades para la vida.*

Modelo de Pseudomadurez o Desarrollo Precoz. Esta teoría elaborada por Newcomb (1996) afirma que durante la adolescencia, las personas tienen dificultades para ejecutar roles adultos en diversas esferas de la vida. La asunción básica es que llevar a cabo actividades prematuras e implicarse en responsabilidades típicamente adultas en una temprana edad durante la adolescencia, interfiere con la adquisición de habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando sea adulto.

Dentro de esta teoría se considera que hay dos etapas que tienen gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia (cuando aparece la pubertad) y la transición de la adolescencia a la adultez temprana, cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o encontrar empleo. Especialmente importante es la pubertad. Según esta teoría, si bien hay un preludio biológico y hormonal de la adultez, raramente hay una preparación psicosocial paralela. Por ejemplo, ha sido ampliamente estudiada la relación entre la primera relación sexual en la adolescencia y las dificultades posteriores encontradas a nivel escolar, de roles, etc. Según este planteamiento, cuando más temprana es la transición hacia conductas típicamente adultas en las primeras etapas de la adolescencia, mayores problemas encontrarán estas personas con esos roles en su vida adulta. Ello puede ser específico para un tipo concreto de acontecimientos de transición (por Ej., la menor edad de iniciación al consumo de drogas estará únicamente asociado a mayores problemas con el abuso de drogas cuando sea adulto) o puede generalizarse a través de varios tipos de acontecimientos de transición surgiendo problemas en otras áreas de la vida adulta.



Por otro lado, parece que ciertas conductas pseudomaduras tienen claras consecuencias adversas en la vida adulta, mientras que otras son positivas. Entre las negativas tendríamos la iniciación al consumo de drogas y las conductas desviadas. Cuando se combina la temprana edad de autonomía financiera, la vida independiente y las relaciones íntimas junto con la iniciación temprana al uso de drogas y las actividades desviadas, un gran número de consecuencias adversas aparecen luego en la vida adulta. Por el contrario, cuando estas conductas aparecen independientes y aparte de otras conductas pseudomaduras, tienen un efecto beneficioso sobre la conducta posterior.

Del mismo modo, cuanto mayor es la edad de transición adulta, menos ansiedad tendrá la persona en su vida adulta. Igualmente tener una mayor edad puberal tiene efectos positivos porque permite más tiempo para el desarrollo psicológico, adquiere mayores habilidades para la vida y está aliviado de las confusiones e imperativos biológicos y hormonales.

En consecuencia, de acuerdo a este modelo explicativo, la edad y los procesos de socialización son elementos esenciales para explicar el resultado final, de manera que la precocidad es un elemento habitualmente negativo para la estabilidad emocional y una fuente de problemas conductuales en el futuro.

Adaptado de: Becoña, 1999.

Modelo de Salud Pública. El modelo de salud pública, derivado del modelo de enfermedades transmisibles, parte de la consideración de tres elementos: el huésped, el agente y el ambiente. Basándose en la epidemiología subraya que los problemas surgen de las relaciones recíprocas y las interacciones entre esos tres elementos. En el caso del consumo de drogas, el agente es la sustancia, el huésped es el consumidor y el ambiente es el contexto social y físico en que se produce el consumo, siendo este ambiente especialmente importante de cara a la prevención.

Sin embargo la epidemiología del abuso de drogas es más complicada que la epidemiología de las enfermedades transmisibles. Por ello, el concepto de agente es ampliado más allá de la droga e incluye otros factores causales. Por ejemplo, los partidarios del modelo de salud pública han obtenido algunos éxitos importantes en relación a los agentes legales, al introducir mensajes de advertencia en el etiquetado del tabaco o las bebidas alcohólicas.

El “huésped” ha sido también ampliado y a menudo se incluye como parte de este factor a los iguales u otros grupos. A partir de la constatación de que la información por sí misma no es suficiente para cambiar la conducta, las acciones para influir en el “huésped” y en su grupo de iguales emplean una combinación de información y de desarrollo de competencias que incluyen estrategias de solución de problemas y toma de decisiones, incremento de la auto-eficacia, control del estrés, habilidades sociales y establecimiento de relaciones entre la salud y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. El término “ambiente” no ha cambiado pero la investigación ha permitido ampliar su significado y hacerlo más comprensivo. Desde este modelo, el ambiente incluye la escuela, la familia, el barrio y la comunidad, así como el ambiente social y cultural en sentido amplio que es influenciado por la legislación, los precios, la publicidad y la representación en los medios de comunicación del tabaco, el alcohol y otras drogas.



El modelo de salud pública defiende que es necesario trabajar simultáneamente sobre estos tres factores para realizar una prevención eficaz.

Adaptado de CSAP, 1993.

Ver: Enfoque ambiental.

Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo. Según la teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) el consumo de drogas y otras conductas problemáticas se explican en base a tres sistemas básicos interrelacionados: la personalidad, el ambiente y la conducta. Junto a ellos señala también la importancia de las variables antecedentes que influyen en los distintos sistemas y que incluyen tanto variables sociodemográficas (tales como la educación de los padres, su ocupación, la religión y la estructura familiar) como el proceso de socialización (que incluye la influencia de la ideología de los padres, el clima familiar, así como la influencia de los iguales y de los medios de comunicación).

El sistema de personalidad incluye tres componentes. El primer componente es la estructura motivacional-instigadora que se relaciona con las fuerzas que motivan la acción y con las metas que persiguen las personas (entre ellas, es especialmente relevante el valor que las personas confieren a los logros académicos, a la independencia y al afecto de los iguales, así como las expectativas en relación a estos factores). El segundo componente es la estructura de creencias personales se refiere a los controles cognitivos que se ponen en movimiento contra el desencadenamiento de conductas problema (incluye variables como la crítica social, la alienación, la autoestima o el lugar de control). Por último, el tercer componente es la estructura de control personal o nivel de control que mantiene la persona para no llevar a cabo conductas no normativas y que incluye tres variables: la tolerancia actitudinal a la desviación, la religiosidad y la discrepancia entre las ventajas y los inconvenientes atribuidos a la conducta problemática.

Junto al sistema de personalidad, influye también en la conducta problemática el sistema del ambiente percibido, término que subraya la importancia, no de las características físicas u objetivas del ambiente en que se desenvuelve el individuo, sino de la forma en que éste lo percibe y lo interpreta. Naturalmente, no todos los elementos ambientales tienen la misma capacidad de influencia, de manera que podemos distinguir entre las variables proximales (por Ej., presencia de consumo de drogas en el entorno inmediato) y las distales (por Ej., tolerancia cultural al consumo de determinadas sustancias).

Por último, en el sistema de conducta, los autores diferencian entre la conducta problema, es decir, aquella que es definida como no deseable por la sociedad convencional (por Ej., el consumo de drogas) y la conducta convencional, es decir, aquella que la sociedad aprueba (por Ej., el interés por las tareas escolares).

A partir de esta teoría, Jessor (1992) ha propuesto un modelo psicosocial para la explicación de la conducta de riesgo en adolescentes, en la cual se subraya la importancia de la propia conducta como factor de riesgo. El término “conducta de riesgo” se refiere a cualquier conducta que pueda comprometer el desarrollo personal y la adaptación social durante la adolescencia. Tal como señala este autor, las conductas de riesgo pueden poner en peligro la normal realización del desarrollo, el cumplimiento de los papeles socialmente esperados, la adquisición de habilidades esenciales, el logro de un sentido de competencia y una adecuada preparación para el tránsito a las siguientes etapas evo-



lutivas: la juventud y la edad adulta. El abuso de sustancias, el abandono de la escuela, las relaciones sexuales sin protección, conducir bajo los efectos del alcohol o implicarse en acciones violentas son algunos ejemplos de este tipo de conductas.

Generalmente las conductas problemáticas de los adolescentes están interrelacionadas, de manera que parecen existir patrones organizados de conducta de riesgo, los cuales podrían constituir para algunos adolescentes un estilo de vida.

Desde este modelo psicosocial, la red causal que puede explicar la conducta de riesgo en los adolescentes debe estar constituida por cinco dominios, cada uno de los cuales incluyen factores de riesgo y de protección: los factores biológicos y genéticos (que incluye factores de riesgo, por Ej., una historia familiar de alcoholismo y factores de protección, por Ej., la alta inteligencia), el entorno social (con factores de riesgo como la pobreza, la desigualdad racial y con factores de protección como las escuelas de calidad o la cohesión familiar), el entorno percibido (que incluye factores de riesgo como disponer de modelos de conducta desviada y factores de protección como modelos de conducta convencional o fuertes controles de la conducta desviada), la personalidad (con factores de riesgo como la baja autoestima y de protección como la valoración de la salud) y la conducta (con factores de riesgo como la pobre ejecución escolar y de protección como la asistencia a la iglesia o la implicación en la escuela).

Una de las aportaciones más interesantes de este modelo explicativo es que, junto a los factores de riesgo, considera también los factores de protección que se asocian a cada dominio y pueden atenuar la acción de aquellos, permitiéndonos explicar por qué algunos adolescentes situados en altos niveles de riesgo no llegan a implicarse en conductas de este tipo o las abandonan antes de que lleguen a causar problemas graves.

Adaptado de: Alonso, Bayón et al., 2001.

Ver: Factores de riesgo; Factores de protección; Resiliencia.

Modelo del aprendizaje social o sociocognitivo. Modelo teórico propuesto por Bandura a finales de los años setenta a partir del supuesto de que los humanos son seres cognitivos –procesadores activos de información- y que, a diferencia de otros animales, pueden pensar acerca de las relaciones entre su comportamiento y las consecuencias del mismo. El aprendizaje social se basa en dos supuestos fundamentales:

- Las personas aprenden gran parte de su conducta y conocimientos observando el comportamiento de otros individuos (modelos) y las consecuencias que experimentan.
- Las expectativas, creencias, auto-percepciones e intenciones de las personas influyen de manera notable en su comportamiento.

Numerosos análisis explicativos del desarrollo de comportamientos problemáticos como el abuso de drogas se basan total o parcialmente en el modelo del aprendizaje social que, además de la influencia de la familia y el grupo de iguales, toma en consideración otros importantes factores como la personalidad, la disponibilidad de sustancias o la auto-eficacia.

Adaptado de: Bandura, 1982; Graña, 1994; Shaffer, 2002.

Ver: Auto-eficacia.

Modelo de Promoción de la Salud. Este modelo, adoptado por la Organización Mun-



dial de la Salud en 1986, considera que los estilos de vida de los distintos grupos sociales pueden mejorar si se crean o fomentan las condiciones necesarias para que las personas puedan incrementar el control y mejorar los factores que condicionan e influyen en su salud y en su calidad de vida. El modelo considera la salud como un recurso para la vida diaria y no el objetivo final de la vida.

Desde el punto de vista de la acción política, el Modelo de Promoción de la Salud postula cinco áreas de acción prioritarias: a) establecer una política pública saludable; b) crear entornos que apoyen la salud; c) fortalecer la acción comunitaria para la salud; d) desarrollar las habilidades personales; y e) reorientar los servicios sanitarios.

La formulación del modelo se deriva del conjunto de resultados proporcionados por estudios epidemiológicos poblacionales (longitudinales y transversales), estudios sociales prospectivos, y diseños experimentales sobre eficacia de intervenciones para el cambio de estilos de vida y de actitudes, así como la evaluación del impacto de políticas basadas en los principios del modelo y desarrolladas en distintos contextos culturales. Permite el manejo de distintas variables poblacionales como: Indicadores ambientales. Entre ellos, los económicos, físicos, o de calidad de los servicios socio-sanitarios. Valorando las dimensiones de: acceso y equidad. Indicadores conductuales. Entre ellos, la identificación normativa o conformidad social con las normas relacionadas con las drogas, consumo de los iguales, capacidad de afrontamiento y rechazo al consumo de drogas, estilos de vida, utilización de recursos socio-sanitarios, etc. Valorando las dimensiones de: frecuencia, persistencia, rapidez, calidad, y alcance. Indicadores vitales. Entre ellos, la discapacidad, el bienestar percibido, la salud objetiva, la salud percibida, morbilidad, mortalidad, esperanza de vida al nacer, factores de riesgo psicológico, factores de riesgo relacionados con el abuso de drogas, etc. Valorando las dimensiones de: distribución, duración, incidencia, intensidad, prevalencia. Indicadores sociales. Entre ellos, variables socio-demográficas, absentismo escolar / laboral, violencia social / familiar / escolar, representación social de las drogas, desempleo, accidentes de tráfico relacionados con el uso de alcohol u otras drogas, desarraigo social, etc. Valorando las dimensiones de: distribución, duración, nivel funcional, incidencia, intensidad, esperanza de vida, prevalencia, tasa de incidencia.

La aplicación de este modelo implica la promoción de la responsabilidad social, el incremento de las inversiones y la dotación de infraestructuras adecuadas.

Basado en: WHO, 1984; WHO 1986; Green y Kreuter, 1991; y OMS, 1999.

Modelo Lógico (Logic Model). Imagen o descripción gráfica de un programa o actividad que muestra las partes de los componentes del programa y las relaciones plausibles entre dichos componentes.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Modelo matemático. Representación de un sistema, proceso o relación en una forma matemática en la que se utilizan ecuaciones para simular el comportamiento del sistema o proceso en estudio. El modelo consta habitualmente de dos partes: la estructura matemática en sí, por ejemplo, la ley de cuadrados inversos de Newton o la ley "normal" de Gauss, y las constantes o parámetros especiales relacionados con aquella, tales como la constante gravitatoria de Newton o la desviación estándar gaussiana.

Un modelo matemático es determinante si las relaciones entre las variables que inter-



vienen toman valores en los que no puede intervenir el azar. Se dice que un modelo es estadístico, estocástico o aleatorio, si se permite que intervengan variaciones al azar.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Modelo.

Modelo Social Ecológico. Este modelo establece que las interacciones de un adolescente con su ambiente social, escolar y familiar, ejercen una influencia determinante en el abuso de sustancias y en otras conductas antisociales. Este modelo también enfatiza la importancia de aumentar las oportunidades dentro del ambiente social para que los jóvenes desarrollen su competencia social y su auto-eficacia.

Tomado de: CSAP, 2001a.

Modelo de Socialización Primaria. La teoría de la socialización primaria ha sido formulada por Oetting y colaboradores y su premisa fundamental es que, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esta conducta humana es esencialmente aprendida o tiene componentes esenciales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están también entre las conductas sociales aprendidas. Por lo tanto, la desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales, sino que tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de socialización primaria (Oetting y Donnermeyer, 1998).

Para estos autores la socialización es el proceso por el que se aprenden normas y conductas sociales y ello se realiza a través de la familia, la escuela y el grupo de iguales, de manera que es la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria la que determina las conductas normativas o desviadas del individuo.

La familia es el primer elemento de socialización primaria para el niño, por lo que, si hay problemas en ella (conducta delictiva, consumo de drogas, conflictos, agresiones, etc.), se incrementa la probabilidad de consumo posterior de drogas por parte del niño o adolescente.

La escuela también es considerada como un elemento de socialización primaria y sus características también pueden contribuir o no al aprendizaje de normas prosociales (tamaño de la escuela, disciplina, carencia de recursos, prejuicios, etc.).

El grupo o cluster de iguales es la tercera fuente de socialización primaria. En relación a los iguales hay que diferenciar varios tipos: iguales en general, grupo de iguales, grupo de iguales de estilo de vida y cluster de iguales. La formación de normas ocurrirá básicamente en el cluster de iguales (díadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas), siendo más indirecta la de los otros grupos de iguales. Su influencia sobre la conducta será en un sentido u otro en función de que los iguales tengan normas prosociales o estén implicados en conductas desviadas. Según esta teoría, si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, el niño desarrollará normas prosociales. Por el contrario, si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de iguales. En estas condiciones, si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se seleccionan los iguales más desviados, es más probable que se impliquen en conductas también desviadas.

En cuanto al papel de los rasgos personales, la teoría de la socialización primaria sos-



tiene que las características físicas, emocionales y sociales del joven influyen el proceso de socialización, lo que hace que se constituyan como factores de riesgo o de protección respecto al consumo de drogas o la conducta desviada. Por ejemplo, los jóvenes más inteligentes es más probables que tengan éxito en la escuela y que tengan una buena vinculación con ella. De este modo, la inteligencia se convierte en un factor de protección frente a la desviación.

Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, permiten aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, mejorar o empeorar la vinculación con las fuentes de socialización primaria e influenciar las normas que son comunicadas a través de los elementos de socialización primaria. Como fuentes de socialización secundaria se incluyen las características de la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión e instituciones religiosas, el ambiente de los iguales en general y los medios de comunicación.

En todo el proceso de socialización tiene también gran importancia la cultura, ya que ésta determina cuáles son las fuentes de socialización y cuáles son las normas que se van a transmitir (por Ej., en relación al consumo de drogas). Del mismo modo, la socialización también influye la cultura, produciendo cambios en ella. Al respecto hay que tener en cuenta, no sólo la cultura general, sino las posibles subculturas que pueden tener normas específicas en relación al consumo de drogas o a otras conductas.

Adaptado de: Becoña, 1999.

Modelos basados en la afectividad. Algunos modelos utilizan el concepto de afectividad para explicar el consumo de drogas. Por ejemplo, Pandina, Jonhson y Labouvie (1992) revisan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas para comprender el desarrollo del consumo de dichas sustancias.

Estos autores postulan que las drogas con un alto potencial adictivo podrían tener la propiedad de una estimulación general de los circuitos neuronales, típicamente asociados con la conducta de aproximación (drogas tan diferentes como la marihuana, el alcohol, etc., tienen propiedades comunes de inducción a la estimulación y promueven la conducta de aproximación) y una estimulación más específica de los circuitos asociada con el reforzamiento positivo y negativo y, por extensión, el castigo. A partir de este planteamiento, hipotetizan que cabría esperar que, aquellos sujetos que es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas, son los que crónicamente necesitan niveles elevados de activación (o, de otra manera, que tienen una sensibilidad especial a la estimulación resultante de la activación) y quienes se pueden caracterizar como deprivados crónicamente de reforzamiento positivo.

De este modo, se espera que aquellos sujetos que están deprivados crónicamente de reforzamiento positivo estén dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo. Se trata de individuos en los cuales el repertorio de reforzamiento está dominado por el reforzamiento negativo o el castigo y, en esta situación, la satisfacción de sus necesidades y el alivio de sus estados de ánimo negativos puede ser lograda, al menos temporalmente, por la ingestión de drogas y la consiguiente intoxicación, la cual



sirve para activar los circuitos neurales asociados con el reforzamiento positivo y la aproximación.

Si estos individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación obtienen la satisfacción, aunque sea temporal, como resultado de la intoxicación, es esperable que tiendan a incrementar el uso de drogas a través del tiempo. Por lo tanto, estos individuos son más vulnerables para pasar de un estado de consumo experimental a una situación de abuso.

Todavía no se han determinado los factores que pueden generar o sostener una afectividad negativa y su activación, pero parece que diversos factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales podrían contribuir a modelar el tono afectivo. De acuerdo a este modelo explicativo, la prevención y el tratamiento deberían centrarse en la reducción de las condiciones y circunstancias que promueven tales estados crónicos, teniendo una especial importancia el aprendizaje del manejo de la afectividad.

Adaptado de: Becoña, 1999.

Modelos de buena práctica. Son programas basados en la investigación, con una elevada capacidad de diseminación y cuyos resultados indican que son eficaces para el logro de sus objetivos de prevención.

Ver: Programa basado en la investigación; Capacidad de diseminación.

Movilización. Proceso a través del cual se consigue la colaboración de voluntarios, miembros de la comunidad que tienen interés en la prevención, profesionales y otros recursos y se les motiva a actuar en apoyo de una o varias iniciativas preventivas.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Monitorización epidemiológica

Ver: Seguimiento de Indicadores.

Morbilidad. Cualquier separación, subjetiva u objetiva, del estado de bienestar fisiológico o psicológico. En este contexto, se consideran sinónimos los términos de enfermedad, trastorno y estado mórbido. Extensión de diversos tipos de enfermedades, lesiones o discapacidades en una población determinada. Se expresa habitualmente en tasas específicas de incidencia o prevalencia respecto al número de habitantes.

La OMS hizo notar que la morbilidad podía medirse en términos de tres unidades: 1) personas que están enfermas; 2) enfermedades que estas personas experimentan; y 3) duración de dichas enfermedades.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Mortalidad. Muerte estandarizada. Fenómeno demográfico que recoge el número total de muertes registradas en una población durante un periodo de tiempo determinado, referido al volumen de población en donde ocurren. Existe una gran variedad de tasas desagregadas de la mortalidad según variables como la edad, el sexo, la causa de fallecimiento o la clase social.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.



Movilidad geográfica. Movimiento de personas de un lugar, región o país a otras.

Adaptado de: Last, 1989.

Movilidad social. Desplazamiento de un determinado grupo socioeconómico hacia otro, ya sea superior o inferior. La movilidad social en descenso, que puede deberse a problemas de salud, se denomina a veces “deriva social”.

Adaptado de: Last, 1989.

Muestra (Sample). Un segmento de un cuerpo más grande o de una población. Subclase, conjunto específico de sujetos u observaciones procedentes de una población determinada. Puede ser aleatoria o no y representativa o no.

Adaptado de: Domènech i Massons, 1982; y CSAP, 2001a.

Muestra aleatoria. Muestra a la que se llega mediante la selección de unidades de muestreo, de tal modo que cada posible unidad tenga una probabilidad fija y determinada de ser elegida. Todos los individuos de la población tienen una misma probabilidad, conocida, de ser elegidos.

Adaptado de: Last, 1989.

Muestra representativa. Un segmento de un cuerpo más grande o de una población que observa la composición de las características de esa población o cuerpo. La muestra se asemeja de algún modo a la población, pero no tiene que representar todos los aspectos posibles de la misma.

Adaptado de: Last, 1989; y CSAP, 2001a.

Muestras apareadas. Se puede utilizar en ensayos clínicos, estudios caso control y de cohortes. Se trata de estudiar pares de participantes, uno sometido a la intervención y el otro al grupo control. El apareamiento debe basarse en una variable pronóstico, como puede ser la edad.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Apareamiento.

Muestreo. Proceso de elegir un cierto número de sujetos entre un grupo determinado o “universo”. Las conclusiones basadas en los resultados de las muestras sólo se pueden extrapolar a la población de referencia. Técnica utilizada para efectuar mediciones sobre magnitudes que varían continuamente con el tiempo.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Muestreo de agrupamientos. Método de muestreo en el que cada unidad seleccionada es un grupo de personas (una familia completa, por ejemplo), en vez de un individuo.

Tomado de: Last, 1989. Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Muestreo por cuotas. Método de muestreo no aleatorio por el cual se eligen elementos de una muestra en función del cumplimiento de determinadas cuotas o proporciones prefijadas (por edad, sexo, clase social, etc.), para que concuerden con las proporciones



correspondientes en la población. La muestra resultante puede no ser representativa de las características que no se han tenido en cuenta.

Adaptado de: Last, 1989; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

N

Necesidad percibida. Necesidad sentida. El término se refiere habitualmente a las necesidades de cuidados socio-sanitarios que sienten las personas o la comunidad de que se trate, pero que pueden ser valoradas o no por los profesionales socio-sanitarios.

Adaptado de: Last, 1989.

Necesidades. Este término define la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de estado de salud, servicios o recursos.

Se habla de necesidades en términos numéricos precisos cuando se hace referencia a indicadores específicos que exigen intervenir para modificar la situación, por ejemplo, una tasa de mortalidad juvenil elevada relacionada con los accidentes de tráfico en los que interviene el alcohol. Siempre intervienen juicios de valores que reflejan los valores prevalentes de ese momento, así como la capacidad de controlar el problema. Sensaciones de los individuos referidas a la carencia de algo, unidas al deseo de satisfacerlas. Criterio de asignación de recursos relacionado con la equidad.

Adaptado de: Last, 1989; Pineault y Daveluy, 1989; Hawe, Degeling y Hall, 1993; y Rubio Cebrián, 1995.

Nicotina

Ver: Tabaco.

Nivel de cribado. Límite normal o punto de separación a partir del cual una prueba de cribado se considera positiva. Punto de corte de una prueba de cribado que separa la decisión de considerar como positivo o negativo un resultado.

Adaptado de: Last, 1989.

Niveles de intervención según riesgo soportado. Clasificación propuesta por Gordon (1983) para organizar operacionalmente las medidas preventivas en función de los grupos de población sobre los que pueden ser óptimamente utilizadas y en función del nivel de riesgo que soporta cada uno de ellos. Se establece así un esquema de clasificación, que es el más utilizado en la actualidad, y que distingue tres niveles de medidas preventivas:

N

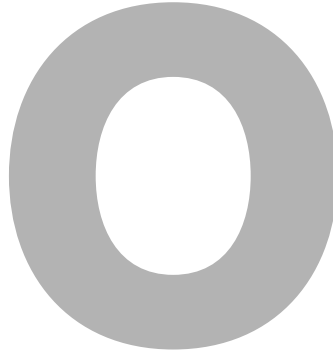
- Medidas universales: son recomendables para todas las personas y, generalmente, pueden ser aplicadas sin ayuda profesional.
- Medidas selectivas. Son aquellas en que el balance de beneficios frente al riesgo y el coste es tal que el procedimiento sólo puede ser recomendado cuando el individuo es miembro de un subgrupo de población que presenta - en nuestro caso- un nivel de riesgo de desarrollar problemas con las drogas por encima de la media.
- Medidas indicadas: son aconsejables sólo para aquellas personas que, una vez examinadas, presentan un factor de riesgo o una característica que les identifica, individualmente, con un nivel de riesgo suficiente para requerir la intervención preventiva.

Adaptado de: Gordon, 1983.

Ver: Prevención universal; Prevención selectiva; Prevención indicada.

Normas sociales. Las expectativas y reglas explícitas o implícitas que guían el comportamiento social en una comunidad determinada o medio social, en un momento histórico concreto.

Adaptado de: WHO, 1994.



Objetividad. Se refiere a la esperanza de que, en un estudio, la recogida de datos, el análisis y su interpretación se correspondan con los estándares de investigación que protegen los resultados de la influencia de las lealtades y preferencias personales. Implica un intento de observar y aceptar los hechos tal y como se presentan en la realidad, con independencia de cómo se quisiera que fueran.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995. Basado en: CSAP, 2001a.

Objetivo específico. Es una concreción del objetivo general y tiene que estar formulado sin ambigüedades y en términos operativos. Objetivo caracterizado como medible, factible, concreto, con referencia temporal y referido a la población destinataria y los resultados valorados en el estudio.

Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993; Alvira Martín, 2000; y CEPS, 2002 a.

Objetivo general. Es una afirmación sobre los resultados esperados de nuestra intervención en términos del problema sobre el que se está actuando. No tienen necesariamente que ser formulados en términos medibles, pero tienen que ser congruentes con la misión y los objetivos específicos y proporcionar la dirección hacia la que se encamina el estudio o programa.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000; y CEPS, 2002 c.

Objetivos de la intervención. Relación medible de los cambios esperados en riesgos, cualidades, u otras condiciones subyacentes, tal como aparece expresado en la teoría de cambios en la que se basa el desarrollo de todo programa de intervención.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Objetivos de prevención. Los objetivos de prevención son los cambios en las condiciones ambientales o personales relacionadas con el consumo de drogas que se prevén como resultado de una intervención preventiva. Pueden ser objetivos finales u objetivos intermedios. Los objetivos finales de la prevención se relacionan generalmente con la reducción de los consumos de sustancias psicoactivas, el retraso en la edad de inicio de dichos consumos o la reducción de los problemas relacionados con las drogas.



Los objetivos intermedios de la prevención corresponden a las modificaciones que se espera producir en los factores (de riesgo o de protección) relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Operativamente, vienen dados por las modificaciones previstas sobre las variables dependientes de las intervenciones (Ej., incremento significativo de la asertividad o las habilidades sociales, aumento de la implicación en actividades prosociales, etc.). Su vinculación a los objetivos finales viene dada por el marco teórico de la intervención y por la evidencia acumulada, de manera que se espera que el logro de los objetivos intermedios contribuya de manera significativa a la consecución de los objetivos finales.

Ocio y tiempo libre

Ver: Programa de alternativas (ocio y tiempo libre).

Odds Ratio (OR). Es una aproximación al valor del riesgo relativo, si la prevalencia de una condición o enfermedad no es excesivamente elevada y el error de muestreo pequeño, en los estudios de casos y controles. Este tipo de estudios no pueden aportar estimaciones de la incidencia o la prevalencia de una condición o enfermedad, pero pueden aproximarse a ese riesgo relativo mediante el odds ratio. Por odds se entiende la razón entre la probabilidad de que un suceso ocurra y la probabilidad de que no ocurra. La odds ratio es la razón entre la odds de exposición observada en el grupo de casos y la odds de exposición en el grupo control. Así, la OR refleja la probabilidad de que los casos estén expuestos al factor de estudio, comparada con la probabilidad de que lo estén los controles. La ventaja de la OR sobre el riesgo relativo es que su resultado es independiente de si se expresa en términos de riesgo de contraer la enfermedad o de no contraerla.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y de Hulley y Cummings, 1993.

Organización no Gubernamental (ONG)

Entidad de servicios independiente del gobierno y que opera en un amplio campo social. Generalmente son organizaciones sin ánimo de lucro y pueden ser financiadas por gobiernos, por instituciones públicas y/o por donaciones privadas. A menudo tales agencias tienen una mezcla de personal profesional y de trabajadores voluntarios. Tradicionalmente proporcionan servicios en sectores que no sería posible costear si se trabajara exclusivamente a través de profesionales contratados.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Ver: Grupos de auto-ayuda; Participación de los jóvenes.

P

Padres y prevención. Las actitudes y los comportamientos de los padres o tutores en relación con el tabaco, el alcohol y otras drogas son uno de los factores que más influyen sobre los hijos. Además, las características de la interacción entre padres e hijos constituyen un factor clave en el desarrollo del consumo de estas sustancias. El papel de los padres es especialmente importante entre los 8 y los 12 años ya que los niños de estas edades generalmente tienen actitudes contrarias al uso de drogas y su conducta puede ser reforzada. Esperar a que sean mayores para educarles sobre el uso de drogas hace la prevención más difícil porque entran en una edad en que aumenta la influencia de los iguales y es más probable que se haya producido ya el contacto con el tabaco, el alcohol u otras drogas.

Entre los factores que pueden ser desarrollados por los padres y que contribuyen a la prevención del consumo de drogas cabe citar el desarrollo de relaciones afectivas estables, el establecimiento de normas claras y razonables en el hogar, el desarrollo de la cohesión familiar (pasar tiempo juntos, hacer actividades en familia, establecer fuertes vínculos entre sus miembros, etc.), promover un uso adecuado del tiempo libre (comportándose los padres como modelos de ocio saludable y facilitando oportunidades para desarrollar aficiones) y evitar el consumo de drogas en el hogar.

Basado en: CSAP, 1993.

Ver: Programa escolar; Familia.

Paradigma. Conjunto de principios filosóficos, valores o normas metodológicas y técnicas expresivas de una red de teorías que son científica o socialmente admitidas y aceptadas en un momento dado y que por tratarse de creencias mayoritariamente compartidas por los miembros de una comunidad científica, se hacen dominantes. El cambio en el paradigma da lugar a la revolución científica.

Ejemplo típico, patrón de pensamiento o conceptualización; manera global de considerar los fenómenos, con los que suelen trabajar los científicos. Un paradigma puede dictar qué forma de explicación es posible considerar aceptable, pero una ciencia puede cambiar los paradigmas. Se utiliza a menudo de forma poco estricta como sinónimo de “factor” o “variable”.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.

Adaptado de: Last, 1989.



Parámetro. Cantidad que permanece constante en un modelo y que constituye un dato del problema. Magnitud desconocida que puede tener un valor cualquiera de los pertenecientes a un conjunto. Valores o medidas específicas, relativamente permanentes que caracterizan a una condición o situación fenomenológica en un momento dado. En matemáticas, constante en una fórmula o en un modelo; en estadística y epidemiología, característica medible de la población.

Es un valor, generalmente desconocido (y, por tanto, debe ser estimado), utilizado para representar una determinada característica de la población. Por ejemplo, la media poblacional es un parámetro que se utiliza a menudo para indicar el valor promedio de una cantidad. Dentro de una población, un parámetro es un valor fijo que no varía. Las muestras extraídas de la población, tienen su propio valor para cualquier estadístico que se utilice para estimar el parámetro. Así, la media de la muestra seleccionada se utiliza para obtener información de la media global de la población de la cual se ha escogido esa muestra. Se suelen representar con letras griegas.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.

Adaptado de: Last, 1989.

Participación de los jóvenes. Los jóvenes quieren que se cuente con ellos cuando se toma decisiones que afectan a sus vidas. Por ello es importante que participen en el diseño e implementación de los programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, ya que de esta forma se promueve el cambio de responsabilidad de la prevención, que deja de ser exclusivamente de los profesionales para ser asumida por la comunidad, lo cual es la mejor forma de realizar acciones preventivas amplias.

Una verdadera participación de los jóvenes supone invitarles a formar parte de los comités que se creen en la comunidad, pedirles que se impliquen en la identificación de los problemas y en el diseño de actividades para resolverlos, demostrando así que los adultos reconocen a que los jóvenes son una parte importante de la sociedad y que pueden hacer contribuciones valiosas. Las asociaciones juveniles son un importante instrumento para canalizar la participación de los jóvenes. Entre las funciones que éstas pueden realizar cabe señalar:

- Proporcionar información y recursos a través de la organización de conferencias, seminarios, publicación de periódicos u hojas informativas, fondos documentales, etc., permitiendo así la creación de una base que facilite su participación en la planificación, la educación o el activismo.
- Facilitar asistencia técnica, ya sea compartiendo su propia experiencia o a través de expertos externos.
- Colaborar en la planificación y coordinación de servicios, especialmente en lo que se refiere al análisis de las necesidades de la comunidad, buscar fuentes de financiación o potenciar la participación comunitaria.
- Realizar activismo, respondiendo de manera unificada a situaciones específicas o a cuestiones generales.

Adaptado de: CSAP, 1993.

Percentiles. Serie de divisiones que originan exactamente 100 partes iguales en una relación de valores continuos, como la talla o el peso infantiles. Por ejemplo, un niño que

se halle por encima del percentil 90 en cuanto a peso, significa que su peso es más elevado que el 90% de todos los sujetos de la serie.

Tomado de: Last, 1989.

Pérdida. Situación que se produce cuando una persona que está tomando parte en un estudio se hace inaccesible o no elegible para su seguimiento. Puede dar lugar a la aparición de sesgos en los resultados del estudio.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Abandono del Experimento; *Pérdida Experimental*.

Pérdida experimental.

Ver: Abandono del Experimento.

Pirámide de población. Representación gráfica de la composición de la población por edades y sexos. El porcentaje del total que compone cada grupo de edad se coloca a la derecha para las mujeres y a la izquierda para los hombres. Su utilidad es que facilita una rápida percepción sobre la estructura por edades y sexos de la población. Así, una pirámide de base ancha y vértice estrecho, significa una fertilidad alta.

El cambio de forma de la pirámide con el paso del tiempo refleja la composición cambiante de la población, asociada a las modificaciones de la fertilidad y de la mortalidad en cada edad.

Tomado de: Last, 1989.

Placebo, efecto placebo. Medicación o procedimiento inertes. El efecto placebo generalmente, aunque no necesariamente, beneficioso es atribuible a las expectativas que tiene el individuo que recibe la intervención de que el tratamiento aplicado produzca un efecto. Literalmente significa “no hacer nada”.

Es un tratamiento inactivo, administrado en lugar de uno activo, a un individuo que ignora esta sustitución. Los ensayos que incluyen un grupo con tratamiento placebo persiguen controlar y diferenciar el efecto de la intervención ensayada más allá del efecto placebo.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Rubio Cebrián, 1995; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Plan de acción. Traslada el mapa conceptual representado por un modelo lógico a un plan operativo, detallando las tareas clave que deben ser completadas e incluyendo las medidas de los resultados. Por ejemplo, el plan de acción puede detallar: a) cuántos recursos deben ser usados para realizar el trabajo previsto; b) si el trabajo fue completado como estaba previsto o no; y c) el resultado del trabajo (Ej., el trabajo de calle atrajo a 40 participantes) o el resultado cuando se complete un componente (Ej., el 75 % de los participantes que completen al menos 20 horas expresarán significativamente más sentimientos negativos acerca del uso recreativo de sustancias en comparación con las que expresaron antes de la intervención).

Tomado de: CSAP, 2001 b.



Plan de implementación. Herramienta de planificación que resulta especialmente útil para el responsable de un programa. Su desarrollo le facilita la mejora del control de la ejecución mediante la identificación de los requerimientos de todo tipo que son necesarios para llevar a cabo la intervención elegida. También le ayuda a lograr que las personas que deben trabajar juntas lo hagan con espíritu de equipo para conseguir un resultado integrado, sin brechas, fricciones o innecesarias duplicaciones de esfuerzos y le ayuda identificar las expectativas de ejecución de cada uno de los componentes del programa. Este plan no debe ser más detallado de lo necesario para que el responsable del programa establezca la dirección inicial y para ofrecer una visión clara al grupo de personas encargado de la implementación.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Población. Número de habitantes de un país o área. En la investigación socio-sanitaria se usa este término para describir el conjunto de los individuos en los que se desea estudiar un determinado fenómeno.

Constituye también una colección completa de unidades de las que se puede extraer una muestra. Pueden ser personas, instituciones, registros o hechos.

Basado en: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Rubio Cebrián, 1995.

Población beneficiaria. Población a la que se ofrece o dirige una intervención o servicio.

Ver: Población diana.

Población de riesgo

Ver: Población en riesgo.

Población diana (Target population). Grupo de personas al que se dirige una estrategia política, una intervención, o un programa (por ejemplo: población general, inmigrantes, jóvenes entre 14 y 19 años, etc.).

En investigación socio-sanitaria el término se utiliza a veces para indicar la población de la que se extrae una muestra y otras veces para designar cualquier población de “referencia” acerca de la cual se quieren extraer conclusiones. Se trata pues de un grupo completo sobre el que el investigador está interesado y del que quiere sacar conclusiones.

Basado en: Last, 1989; awe, Degeling y Hall, 1993; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; CEPS, 2002 c; y UNDCP, 2000.

Población en riesgo. Grupo de población que, debido a circunstancias diversas, se halla más intensamente expuesto a uno o más factores de riesgo relacionado con el uso problemático de las drogas que la población general.

Con bastante frecuencia, se la denomina inadecuadamente como “población de riesgo”: la mayor parte de los factores que confluyen para que una persona o grupo de personas desarrollen problemas relacionados con las drogas no son intrínsecos sino circunstanciales.

Ver: Factores de Riesgo; Población diana; Jóvenes en situación de riesgo.

Poder (de la prueba estadística). Característica de una prueba estadística, que denota la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando realmente es falsa. Capacidad del estudio de detectar un efecto o asociación existente. Es igual a 1 menos la probabilidad de que haya un error de tipo II. Sinónimo de Potencia de estudio.

Capacidad de la prueba para detectar una diferencia cuando ésta existe en la realidad.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982 y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.

Política preventiva. Conjunto de estrategias, planes, programas, intervenciones y actuaciones puestos en marcha y desarrollados por una entidad o institución para conseguir los objetivos de prevención. Incluye el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones respecto a la importancia relativa otorgada a las diferentes estrategias preventivas (de influencia, de protección y control, de desarrollo de competencias, etc.), los mecanismos de financiación, los mecanismos de coordinación, las vías previstas para la participación de la población y de las organizaciones sociales, los recursos humanos y materiales destinados, etc.

Ver: Estrategias de prevención; Objetivos de prevención; Prevención.

Política sobre alcohol. Conjunto de medidas diseñadas para controlar la oferta e influir sobre la demanda de bebidas alcohólicas en una población (generalmente nacional), incluyendo la educación y los programas de tratamiento, el control del alcohol, las estrategias de reducción de daños, etc. Este término implica la necesidad de coordinación de las acciones gubernamentales, tanto desde una perspectiva de salud pública como de orden público.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Política preventiva; Política sobre drogas.

Política sobre drogas. En el contexto de las drogas psicoactivas, se refiere al conjunto de políticas diseñadas para influir sobre la oferta y la demanda de drogas ilegales, ya sea a nivel local o nacional, incluyendo la educación, tratamiento, control, y otros programas y políticas. En este contexto, la “política sobre drogas” a menudo no incluye la política farmacéutica (excepto con respecto a la desviación al uso no médico), o la política sobre tabaco o alcohol.

En el contexto del Programa de Acción sobre Drogas Esenciales de la OMS, “política nacional sobre drogas” se refiere a la política farmacéutica nacional relativa al marketing, disponibilidad y uso terapéutico de medicinas. La OMS recomienda que todos los países tengan una política, formulada en el contexto de la política nacional de salud.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Política preventiva; Política sobre alcohol; Política sobre tabaco.

Política sobre tabaco. Conjunto de medidas previstas por las instituciones o los gobiernos para influir sobre la oferta y la demanda de tabaco, las cuales pueden incluir la puesta en marcha de diferentes estrategias de prevención, así como distintos abordajes terapéuticos destinados a facilitar el abandono del consumo.

Considerando la intensa relación existente entre los consumos de drogas legales e ilegales, generalmente todos los programas de prevención del consumo de sustancias psi-



coactivas tienen entre sus objetivos la reducción del consumo de tabaco, por lo que la política sobre tabaco suele ser una parte esencial de la política preventiva.

Ver: Estrategias de prevención; Política preventiva.

Portador. Persona que alberga un agente infeccioso específico, en ausencia de enfermedad clínica aparente, y que puede servir de eventual fuente de contagio.

Tomado de: Last, 1989.

Precisión. Grado en que una medición, o un cálculo basado en medidas, representa el verdadero valor del atributo objeto de medida. Cualidad de hallarse netamente definido o enunciado. La precisión no implica exactitud.

En estadística, la precisión es la inversa de la varianza de una medición o estimación. Ausencia de error aleatorio.

Es una medida del grado de similitud entre el valor estimado y el verdadero valor del parámetro y está asociado con el error estándar de la estimación.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; Hulley y Cummings, 1993; y Center for Applied Statistics, 2003.

Precursor. Estadio precoz en el curso de una enfermedad; situación o estado que preceden el comienzo patológico de una enfermedad; a veces detectable mediante pruebas; puede identificarse como Marcador de Riesgo.

Adaptado de: Last, 1989.

Predicción (Forecasting). Método de estimar lo que puede ocurrir en el futuro, basado en la extrapolación de las tendencias existentes (demográfica, epidemiológica, etc.).

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Prevalencia. Número de casos que presentan una determinada característica, conducta, problema o enfermedad en una población determinada y en un momento dado. Se expresa como una proporción (Ej., la prevalencia de consumo de tabaco es del 31%). En el numerador están los casos que presentan la característica y en el denominador, el total de la población en la que se incluyen los casos. Se pueden expresar casos prevalentes por 100, por 1.000, por 100.000, etc., en función de la magnitud de la prevalencia.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; Hulley y Cummings, 1993; y CSAP, 2001a.

Preparación de la comunidad para la intervención sobre drogas. Grado de apoyo o de resistencia para identificar el uso o abuso de drogas como un problema social significativo en una comunidad.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Presión de los iguales. Influencia sobre una persona ejercida por individuos cercanos y de características similares para que adopten comportamientos del grupo entre los que puede incluirse el uso de drogas. Los jóvenes y adolescentes son especialmente sensi-



bles a la presión de los iguales, si bien es una influencia relevante a cualquier edad. Este concepto ha contribuido al desarrollo de estrategias de prevención que enfatizan el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas.

Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: Influencia de los iguales; Apoyo de los iguales.

Prevención. La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. Las premisas básicas que deben orientar el trabajo preventivo son:

- Las estrategias de prevención deben ser estructuradas globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgo individuales y ambientales, así como para aumentar los factores de resiliencia o protección.
- La implicación de la comunidad es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.
- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.
- Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están adaptados a los diferentes grupos de población.

Las intervenciones preventivas pueden ser de carácter amplio, dirigidas al conjunto de la población, tales como campañas generales informativas o educativas en medios de comunicación, iniciativas de tipo comunitario y programas escolares dirigidos a jóvenes o estudiantes en general. También pueden estar dirigidas a poblaciones en situación de alto riesgo, tales como niños de la calle, jóvenes desescolarizados, hijos de personas con problemas de dependencia a las drogas, delincuentes en libertad o en prisión, etc.

Esencialmente, la prevención se dirige a los siguientes componentes principales: a) crear conciencia e informar / educar acerca de las drogas y de sus efectos nocivos para la salud y la sociedad, y promover conductas prosociales y normas contrarias al consumo de drogas; b) capacitar a las personas y los grupos para adquirir habilidades personales y sociales que les permitan desarrollar actitudes contrarias a las drogas y evitar su consumo; y c) promocionar ambientes de apoyo y alternativas saludables, con conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del uso de drogas.

Adaptado de: UNDCP, 2000; y CSAP, 1993.

Ver: Estrategias de prevención; Política preventiva; Prevención universal; Prevención selectiva; Prevención indicada; Principios de prevención.

Prevención indicada. Los programas indicados se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (Ej., consumidores de drogas “de entrada”, personas con conducta antisocial con problemas psicológicos). Estos programas se caracterizan por:

- Dirigirse a personas que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias o que tienen otros problemas de conducta relacionados.
- Estar diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias o desórdenes relacionados.



- Poder dirigirse a múltiples conductas simultáneamente.
- Seleccionar cuidadosamente a los participantes / destinatarios.
- Valorar específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Se desarrollan en largos períodos de tiempo (meses) con altas frecuencias (una hora diaria, cinco días a la semana) y requieren un gran esfuerzo por parte de los participantes.
- Intentar cambiar las conductas de los participantes.
- Requerir un personal muy especializado que tenga entrenamiento clínico.
- Tener mayores costes que los universales o los selectivos.

Basado en: NIDA, 1997 b.

Ver: Niveles de intervención según riesgo soportado; Prevención selectiva; Prevención Universal.

Prevención selectiva. Los programas selectivos se dirigen a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que han sido caracterizados como factores de riesgo. Las características de este tipo de programas son:

- Están diseñados para retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas.
- Los participantes comparten características que les hacen pertenecer a un grupo en situación de riesgo.
- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad o de riesgo personal de los miembros del grupo de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Generalmente se desarrollan en períodos largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.
- Requieren personal con formación específica ya que debe trabajar con jóvenes multiproblemáticos, familias y comunidades de riesgo.
- Los costes por persona son mayores.
- Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de los participantes e intentan cambiar a estos participantes en una dirección concreta, por ejemplo, incrementando en ellos las habilidades de comunicación.

Basado en: NIDA, 1997 b.

Ver: Niveles de intervención según riesgo soportado; Prevención indicada; Prevención Universal.

Prevención universal. Los programas universales son aquellos que se dirigen a población general (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, etc.) con mensajes y

programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas. Este tipo de programas se caracteriza por:

- Estar diseñados para alcanzar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales. Los destinatarios no son seleccionados.
- Dirigirse a grandes grupos de personas.
- Estar diseñados para retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas.
- Tener, generalmente, un bajo ratio personal / audiencia.
- Requerir menos tiempo y esfuerzo de la audiencia que la demandada en los programas selectivos o indicados.
- El personal suele estar formado por profesionales de otros campos, tales como profesores, que han sido entrenados para aplicar el programa.
- El coste por persona suele ser más bajo que en los selectivos o indicados.

Los programas universales pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención (escolar, familiar, comunitario)

Basado en: NIDA, 1997 b.

Ver: Niveles de intervención según riesgo soportado; Prevención indicada; Prevención selectiva.

Principios de prevención. Los principios son indicaciones de carácter prescriptivo que pueden proporcionar orientaciones para la implementación de los programas o para definir las prácticas más efectivas. Estos principios suelen derivarse de los resultados obtenidos a través de estudios de evaluación o de meta-evaluación de programas de prevención basados en la investigación. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 establece los siguientes principios de actuación en materia de prevención del consumo de drogas:

Los programas preventivos deberán abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc. Este componente de intersectorialidad abarca también la actuación de los diferentes niveles de las Administraciones y el movimiento social. La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe asentarse cualquier intervención en este campo. Sólo desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva puede encararse con éxito un trabajo que necesitará del cambio de actitudes y comportamientos individuales y sociales para lograr construir una sociedad libre de la dependencia a sustancias. En este sentido, el papel de los medios de comunicación se considera también clave.

Otro pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la educación para la salud. Así, la educación sanitaria de la población general y la educación para la salud en la escuela se convierten en estrategias básicas a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones. En la actualidad no puede concebirse un área de prevención del consumo de drogas que, a su vez, no contenga medidas destinadas a la reducción de riesgos y de las enfermedades y trastornos infecciosos asociados.

Basado en: CSAP, 2001a ; y DGPND, 2000.

Ver: Educación para la salud; Educación sanitaria; Educación sobre drogas; Prevención.

Probabilidad. Límite de la frecuencia relativa de un acontecimiento en una secuencia de



N ensayos aleatorios, cuando N se acerca al infinito. Se trata de una medida, con rango de valores de cero a uno, del grado de creencia en una hipótesis o afirmación. Término que hace referencia al grado de incertidumbre sobre la ocurrencia de un fenómeno aleatorio. Clásicamente se define mediante el cociente entre el número de casos favorables a la ocurrencia de un suceso y el número total de casos posibles. Es decir:

Probabilidad de un suceso S,

$$P(S) = \text{N}^\circ \text{ resultados correspondientes al suceso S} / \text{N}^\circ \text{ total de resultados.}$$

Descripción cuantitativa de la posibilidad que un suceso determinado ocurra.

Teoría que estudia los fenómenos aleatorios y que constituye el fundamento de la Estadística teórica.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Rubio Cebrián, 1995; y Hulley y Cummings, 1993.

Proceso de datos. Conversión (como la realizada mediante ordenador) de la información aportada por los datos en bruto, para conseguir una forma utilizable o almacenable. El término se utiliza a menudo con escaso rigor, en el sentido de análisis estadístico de los datos mediante un programa de ordenador.

Adaptado de: Last, 1989.

Problemas relacionados con las drogas. Cualquiera de las consecuencias nocivas del uso de drogas, particularmente de drogas ilegales. “Relacionado” no necesariamente implica causalidad. El término fue acuñado por analogía con “problema relacionado con la bebida” pero es menos usado ya que es el uso de drogas en sí mismo, más que sus consecuencias, lo que tiende a ser definido como el problema. Puede ser usado para referirse a problemas a nivel individual o social.

En relación al control internacional de drogas, los problemas relacionados con las drogas son tenidos en cuenta para establecer un nivel de control para una sustancia controlada a través de una valoración de la OMS del potencial de adicción de una droga y del riesgo de abuso. “Problemas de drogas” es un término afín, pero puede ser confundido con “el problema de la droga”, refiriéndose a las drogas ilegales como tema político.

Adaptado de: WHO, 1994.

Problemas con la bebida. Consumo de alcohol que da lugar a problemas individuales o colectivos, de salud u otro tipo de problemas personales o sociales. Este término ha sido usado desde mediados de los años 60 en un sentido más general que evita el concepto de enfermedad implícito en el término alcoholismo. En algunos usos, “problemas con la bebida” es asimilado al concepto de alcoholismo como un estadio temprano o menos severo.

Adaptado de: OMS, 1994.

Ver: Alcohol; Bebedor no problemático.

Productos del programa. Elementos materiales o actividades realizados como consecuencia del programa. Incluye básicamente tres grupos de productos: los materiales realizados para la ejecución del programa (material didáctico, anuncios, folletos, carteles,



etc.), las publicaciones relativas al programa o a sus resultados (artículos en revistas científicas, libros, etc.), y las actividades de formación o divulgación (seminarios, talleres, conferencias, presentaciones, etc.).

Programa. Intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida o en una población determinada.

En prevención del consumo de drogas, generalmente se refiere a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos.

Basado en: CSAP, 2001 b.

Programa basado en la investigación. Programa que está basado en una teoría contrastada, que plantea actividades relacionadas con esa teoría, y que ha sido razonablemente bien implementado y adecuadamente evaluado.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Programa comunitario. Actividades realizadas en el entorno de la comunidad que estimulan la participación de los representantes comunitarios o instituciones (Ej., colegios, centros juveniles, comunidades de vecinos, barrios, asociaciones, etc.) a fin de intervenir en el entorno inmediato de las personas y facilitar su participación activa en el contexto social.

En general, la prevención comunitaria puede definirse como aquella estrategia de intervención preventiva que busca comprometer a la propia comunidad en la búsqueda de soluciones. De acuerdo con este modelo, la prevención no es un problema al que los especialistas y profesionales deben dar una respuesta, sino que es competencia de la comunidad misma que, huyendo de toda delegación, se constituye en sujeto agente de la actuación preventiva.

Diseñar el trabajo preventivo desde el modelo comunitario permite aunar el esfuerzo de distintos sectores que coinciden en una misma intencionalidad preventiva, estableciendo el contexto general para una actuación global secuenciada en distintos momentos y escenarios. De acuerdo con este paradigma, la prevención deja de ser una intervención fragmentaria (familiar, escolar, laboral, etc.) para constituirse en un todo unitario que incorpora a su desarrollo las posibilidades de trabajo de estos diversos ámbitos.

La metodología propia de los programas comunitarios exige, en primer lugar, la participación del tejido social (ciudadanos, asociaciones, etc.) y de los recursos institucionales generales (culturales, deportivos, educativos, de servicios sociales, etc.). En segundo lugar, requiere un proceso de diálogo y negociación que articula la relación entre los participantes en el programa y que alcanza a todo el diseño e implementación del mismo.

Basado en: Ortiz de Anda, 1998.

Programa con tutores (Mentoring). Son programas, generalmente de carácter comunitario, que incluyen entre sus componentes el establecimiento de relaciones de tutoría entre adultos (fundamentalmente voluntarios) y los miembros del grupo diana. A menu-



do se han empleado personas de cierta edad (por Ej., mayores de 55 años) que son emparejadas con niños para mejorar sus actitudes hacia los adultos.

Generalmente, la tutorización es sólo un elemento de apoyo que completa otras intervenciones en el ámbito escolar o comunitario.

Programa de alternativas (ocio y tiempo libre). Los programas de prevención basados en el desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre intentan ofrecer una oferta, generalmente amplia, de actividades saludables que permitan a la población destinataria (generalmente, infantil o juvenil) lograr un empleo satisfactorio del ocio al margen del consumo de drogas.

A menudo estos programas se realizan a través de la iniciativa comunitaria, implicando al movimiento asociativo en su ejecución. Entre las actividades habitualmente ofertadas cabe citar los deportes, cine, teatro, animación a la lectura, actividades de aventura (acampada, senderismo, etc.), manualidades, pintura, informática, etc. Especial valor preventivo parecen tener las actividades que implican algún tipo de servicio a la comunidad, ya que están directamente relacionadas con el desarrollo de actitudes prosociales.

Sus objetivos se orientan tanto a proporcionar actividades satisfactorias, alternativas al consumo de drogas (especialmente de sustancias legales), como a reducir la presión hacia el consumo (generando espacios en los que el consumo de drogas no se produce y favoreciendo la creación de grupos de iguales organizados en torno a intereses distintos del consumo de drogas).

Ver: Alternativas al consumo de drogas.

Programa de asistencia a empleados (Employee Assistance Programme, EAP). Tiene por objeto ayudar a los empleados a superar problemas que pueden interferir en su trabajo, incluyendo el uso de alcohol u otras drogas, otros problemas de salud, así como problemas personales, de pareja, familiares, legales o financieros. Este programa proporciona a los encargados, supervisores y delegados sindicales medios para acceder a un conocimiento técnico adecuado, así como asesoramiento y ayuda para manejar a los empleados con este tipo de problemas.

Una característica importante de los Programas de Asistencia a Empleados es un tratamiento más constructivo que punitivo de los problemas con el alcohol u otras drogas de los trabajadores. El presupuesto que subyace a este planteamiento es que ayudar a los empleados redundará en una mejor ejecución del trabajo. Las actividades básicas de un Programa de Asistencia a Empleados incluyen (1) asesoría y entrenamiento a las personas adecuadas en la identificación y resolución de asuntos que afectan al rendimiento laboral y que pueden estar relacionados con los temas al principio mencionados; (2) valoración de problemas confidencial, adecuada y oportuna; (3) derivación para un diagnóstico, tratamiento y asistencia adecuados; (4) establecimiento de vínculos entre la empresa y los recursos de la comunidad que proporcionan tales servicios y (5) servicio de seguimiento para los empleados que usan los citados servicios.

Normalmente, la derivación a un programa de este tipo se produce como alternativa al despido u otro tipo de sanción. El término es originario de Estados Unidos pero es ampliamente usado en la actualidad.



Adaptado de: CSAP, 1993; Salvador Llivina, Suelves Joanxich y Del Pozo Irribarría, 2003; y WHO, 1994.

Ver: Programa de empresa libre de humo; Test de consumo de drogas en el lugar de trabajo; Programa de asistencia a estudiantes.

Programa de asistencia a estudiantes. Los Programas de Asistencia a Estudiantes se enfocan hacia la conducta y el rendimiento en la escuela, usando un proceso de detección de problemas relacionados con el tabaco, el alcohol y otras drogas. Se basa en los Programas de Asistencia a Empleados utilizados en muchas empresas y suponen una colaboración entre los recursos de salud y las escuelas, contando a menudo con los servicios comunitarios de valoración y tratamiento. Estos programas no se limitan a los problemas con el tabaco, el alcohol y otras drogas, sino que pretenden también identificar, derivar y ayudar a los estudiantes con todo aquello que pueda dificultar su adecuado desarrollo.

Pretenden proporcionar al personal que trabaja en las escuelas un mecanismo que le ayude a resolver los diferentes problemas que pueden contribuir al uso de drogas. Para ello, los profesores y el resto del personal reciben formación sobre cómo detectar a los jóvenes que tienen problemas. Sin embargo, ellos no tienen que realizar la intervención, sino que los estudiantes que lo necesitan son derivados a los correspondientes servicios asistenciales.

Los elementos más comunes en los programas de asistencia a estudiantes incluyen la detección temprana de los alumnos con problemas, derivación a las personas designadas para ayudarles, servicios intra-escolares como asesoramiento individual y en grupo, derivación a otros recursos y seguimiento.

Adaptado de: CSAP, 1993.

Ver: Programa de asistencia a empleados.

Programa de empresa libre de humo. Conjunto de actuaciones que se desarrollan en el marco laboral para abordar los problemas derivados del uso del tabaco en el lugar de trabajo. Para su adecuado desarrollo debe contarse con la participación de todos los interlocutores y contemplar actuaciones tanto preventivas como asistenciales. Un programa amplio de empresa libre de humo tiene como objetivos: a) proteger a todos los empleados de la exposición a uno de los mayores factores de riesgo laboral: el Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT); b) apoyo a los empleados que fuman para reducir o abandonar definitivamente el consumo de tabaco; y c) mejorar el clima laboral y la imagen social de la empresa.

Las empresas han desarrollado un variado abanico de actuaciones y políticas corporativas en este ámbito. Así, encontramos desde la prohibición general de fumar en todas las instalaciones de la empresa dictada desde la dirección, a la delimitación y oportuna señalización de aquellos espacios en los que no está permitido fumar.

Adaptado de: Salvador Llivina, Alonso Viteri, Orpella García y Plana Almuni, 2003.

Ver: Programas de Asistencia a Empleados.

Programa de formación. Referido a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, es un conjunto organizado de actividades que tienen por objeto capacitar a los



agentes preventivos, dotándoles de los conocimientos y las habilidades necesarias para que su participación en las intervenciones preventivas sea lo más efectiva posible.

El término “programa formativo” se emplea en ocasiones incorrectamente por oposición a “programa informativo” para referirse a intervenciones que tratan de lograr objetivos de mayor alcance educativo que la simple diseminación de información. Este tipo de programas se dirigen a la propia población diana (no a los agentes de prevención) y tienen objetivos de carácter educativo, por lo que se encuadran dentro de las estrategias de desarrollo de competencias.

Ver: Estrategias de prevención.

Programa de prevención. Conjunto organizado y coordinado de intervenciones, realizables en unos plazos de tiempo establecidos, en función de unos recursos materiales y humanos previamente determinados, que tiene por objeto el logro de unos objetivos de prevención concretos en una población diana definida.

Ver: Intervención; Programa; Objetivos de prevención; Población diana.

Programa efectivo. Se trata de un programa basado en la investigación y que produce de forma consistente resultados positivos, afectando a la mayoría de los objetivos planteados.

Basado en: CSAP, 2000.

Ver: Programa basado en la investigación; Transferencia de tecnología.

Programa escolar. Conjunto coordinado de actividades y recursos destinados a los niños que asisten al colegio. A menudo la prevención del consumo de drogas está integrada en el programa curricular de la educación para la salud. Suelen ser elementos característicos de esta orientación los materiales específicos para el profesor, la formación sobre drogas del profesorado, y la reorganización del programa diario del colegio, estimulando la participación activa de los alumnos y de los padres.

Cada autor señala las características que considera más adecuadas para que un programa escolar sea efectivo. Por ejemplo, Botvin (1995) (cit. Ballard, 2002) señala que deben tener cinco características: contener componentes que hagan a los alumnos conscientes de las tasas de uso de drogas y de que sólo un porcentaje limitado de adolescentes usa drogas (educación normativa); enseñar diversas habilidades para la vida (establecimiento de metas, auto-reforzamiento, toma de decisiones, solución de problemas, estrategias de análisis y pensamiento crítico, habilidades para conocer gente y hacer amigos y asertividad general); ser correctamente implementados; aplicarse al principio de la educación secundaria; incluir sesiones de repaso en dos o más años; ofrecer formación y apoyo experto a los profesores.

Con el fin de favorecer la generalización de los aprendizajes escolares a otros ambientes y facilitar la implicación de las familias en los programas de prevención, cada vez es más frecuente que los programas escolares incluyan actividades destinadas a los padres. Éstas pueden aplicarse de modo directo (reuniones de padres, materiales informativos, participación en la organización de actividades extraescolares) o indirecto (actividades para los alumnos que deben ser realizadas en casa con la ayuda de los padres). En estos casos, generalmente las actividades para los padres no se consideran como un programa familiar sino como parte del programa escolar.



Ver: Padres y prevención.

Programa específico de género. Intervención dirigida a la prevención del consumo o abuso de drogas con un enfoque de género, es decir, una aproximación que tiene en cuenta las características especiales que influyen en cada sexo para el riesgo de consumir drogas.

Programa específico socio-cultural. Intervención dirigida a la prevención del consumo o abuso de drogas con un enfoque que toma en consideración y de forma prioritaria las características especiales de determinados grupos socio-culturales (gitanos, inmigrantes, etc.) que les pueden hacer especialmente vulnerables al consumo de drogas.

Ver: Competencia cultural.

Programa extraescolar. Actividades dirigidas a jóvenes fuera del marco escolar y que abarcan tanto la organización de actividades de tiempo libre para niños o adolescentes escolarizados como intervenciones específicas para jóvenes, todavía en edad escolar (no obligatoria), pero que han abandonado la institución escolar. Pueden incluir una amplia variedad de actividades (culturales, deportivas, naturaleza, exposiciones, actividades con el grupo de iguales, etc.).

Ver: Programa de alternativas (ocio y tiempo libre).

Programa familiar. Actuaciones dirigidas a incorporar a los padres en las actividades de prevención del consumo de drogas de sus hijos por medio de la información, el cambio de actitudes y el desarrollo de habilidades adecuadas para su función como mediadores. Por padres hay que entender cualquier persona adulta que se responsabiliza y ocupa del crecimiento de los menores, bien sea según el marco legal (por Ej., tutores) o en el contexto de las nuevas familias.

Los programas de prevención familiar suelen ir destinados a padres, a hijos o a ambos, aunque no se desarrollen en el entorno del hogar. Con frecuencia se realizan en el centro escolar, servicios sociales, etc. La familia puede ser extensa, nuclear o monoparental.

Ver: Padres y prevención; Programa escolar.

Programa indicado

Ver: Prevención indicada.

Programa laboral. Actividades coordinadas dirigidas al entorno laboral para informar, sensibilizar, consensuar y promover cambios organizacionales en los distintos niveles y sectores de la empresa (directivos, trabajadores, representantes sindicales, servicios de salud laboral, etc.).

La finalidad de estas intervenciones es prevenir o disminuir el consumo de drogas legales o ilegales desde el lugar de trabajo, reducir los riesgos asociados al consumo de drogas y disminuir los accidentes laborales relacionados con el consumo de drogas.

Ver: Factores de riesgo laborales; Programa de asistencia a empleados; Test de consumo de drogas en el lugar de trabajo; Programa de empresa libre de humo.

Programa multicomponente. Programa de prevención que usa simultáneamente múltiples intervenciones dirigidas hacia uno o más problemas de abuso de sustancias. Los



programas que implican múltiples intervenciones coordinadas es más probable que sean efectivos en lograr las metas deseadas que los programas de componente único o que los programas que incluyen múltiples intervenciones pero no coordinadas.

Tomado de: CSAP, 2001a .

Programa selectivo

Ver: *Prevención selectiva.*

Promoción de la Salud. La promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la Promoción de la Salud: a) promover el activismo por la salud, con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; b) facilitar que todas las personas puedan desarrollar su potencial de salud; y c) mediar a favor de la salud, en el proceso de gestión de los distintos intereses, opuestos, que se dan en la sociedad.

Estas estrategias se desarrollan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Establecer una política saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

Tomado de: OMS, 1999.

Ver: *Educación para la Salud; Capacitación para la salud; Salud.*

Protocolo. Plan o serie de pasos que hay que seguir en un estudio o investigación o en un programa de intervención. Conjunto de recomendaciones diagnósticas o terapéuticas aceptadas por un grupo como las más idóneas ante determinado problema.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: *Algoritmo.*

Proyecto versus programa. Un proyecto es un conjunto de actuaciones y actividades dirigidas al logro de unos objetivos determinados, realizado dentro del marco de un programa y con un menor alcance que éste.

Adaptado de: Alvira, 1999.

Prueba estadística. Procedimiento para decidir si una hipótesis sobre la distribución de una o más poblaciones de variables debe aceptarse o rechazarse. Las pruebas estadísticas pueden ser paramétricas o no paramétricas.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Prueba con dos colas. Prueba de significación estadística, basada en la presunción de que los datos se distribuyen en ambas direcciones a partir de un(os) valor(es) central(es) y, por tanto, los valores por los que podemos rechazar la hipótesis nula están situados

en ambas colas de la distribución de probabilidad.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; y Center for Applied Statistics, 2003.

Prueba de Chi-Cuadrado. Toda prueba estadística basada en la comparación con una distribución de chi-cuadrado. Las pruebas de chi-cuadrado más antiguas y corrientes son las empleadas para detectar si dos o más distribuciones de la población difieren entre sí; también se pueden comparar una muestra y una distribución teórica esperada, o muestras procedentes de las distribuciones de estudio. Permite la comparación de dos atributos de una muestra de datos para determinar si existe relación entre ellas. Permite comparar las frecuencias observadas con las que se esperarían si se cumpliera la hipótesis nula de no asociación entre ellas. La prueba chi-cuadrado de Pearson es probablemente la más conocida. Otra prueba es la de Mantel-Haenszel.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Prueba de cribado. Un procedimiento o instrumento de medida, psicosocial o biológico, cuyo objetivo principal es detectar una característica, alteración, signo, enfermedad o factor de riesgo en una población determinada.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Cribado.

Prueba de la bondad de ajuste. Prueba estadística usada para contrastar la hipótesis de que los datos proceden de una muestra aleatoria o bien de una población que sigue una distribución o modelo teóricamente especial. La más común de estas pruebas es la de chi-cuadrado.

Adaptado de: Last, 1989.

Prueba de la razón de probabilidades. Prueba estadística basada en el cociente entre el valor máximo de la función de probabilidad bajo un modelo estadístico, y el valor máximo bajo otra clase de modelo estadístico. Los modelos difieren en los parámetros que incluyen uno u otro.

Tomado de: Last, 1989.

Prueba de Mantel-Haenszel. Prueba de chi-cuadrado para datos estratificados, cuya intención es controlar los factores de confusión.

Adaptado de: Last, 1989.

Prueba de McNemar. Variante de la prueba de Chi-cuadrado para datos apareados. Es un caso especial de la Prueba de Mantel-Haenszel.

Tomado de: Last, 1989.

Prueba de significación

Ver: Valor de "p"; Significación Estadística.



Pruebas o test psicológicos para la prevención. Pruebas estructuradas de exploración de variables o constructos psicológicos (ansiedad, estado de ánimo, percepciones, opiniones, etc.) que requieren responder, generalmente de forma escrita, a preguntas no ambiguas y cuyo significado es uniforme. En el campo de la prevención se utilizan para la evaluación de intervenciones y/o para la valoración de la situación inicial antes de la intervención. Presentan instrucciones estandarizadas sobre la administración, uso, contenido, puntuación e interpretación.

Ver: Banco de instrumentos (de evaluación).

R

Randomización

Ver: *Aleatorización.*

Razón. En general, valor obtenido al dividir una cantidad por otra. Se trata de un término que agrupa distintas subclases (tasa, proporción, porcentaje, etc.). La diferencia entre proporción y razón es que el numerador de una proporción se halla incluido en la población definida por el denominador, cosa que no ocurre necesariamente en una razón. En la razón, sólo se expresan las relaciones entre numerador y denominador, sin que el primero esté incluido en el segundo (por ejemplo, la razón entre el número de consumidores de heroína varones y mujeres). También se entiende como el resultado de la comparación entre dos fenómenos cuantificables. Es un término sinónimo de Ratio y Cociente.

Adaptado de: *Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.*

Ver: *Tasa.*

Recopilación de datos. Procedimiento de obtención de datos a partir de las fuentes adecuadas para obtener los datos cuantitativos y cualitativos necesarios para planificar una intervención, evaluarla, analizar las necesidades y cualquiera de las etapas y procesos de la programación y evaluación de intervenciones. Pueden proceder de entrevistas, registros, fichas, etc.

Adaptado de: *Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y CSAP, 2001a.*

Recursos de la evaluación. Recursos humanos, materiales y financieros utilizados en la evaluación de una intervención preventiva.

Tomado de: *CEPS, 2002 c.*

Recursos para la prevención. Medios materiales y humanos para la realización de programas de prevención. A título de ejemplo, en España, si una persona o un grupo desean implicarse en intervenciones preventivas, pueden tratar de explorar la obtención de los recursos necesarios en los siguientes ámbitos: Administración Central: El órgano de coordinación de las actuaciones que se realizan en materia de drogodependencias en el



conjunto del Estado es la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio del Interior. Otros órganos de la Administración, especialmente los dependientes de los Ministerios de Sanidad, Educación, Cultura y Deporte, Trabajo y Asuntos Sociales, etc., pueden ofrecer asesoramiento y, eventualmente, ayudas económicas para el desarrollo de programas de prevención. Administración Autónoma: Cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas dispone de un Plan Autónomo sobre Drogas encargado, entre otras cosas, de la planificación y realización de programas de prevención en sus respectivos territorios. En ellos se puede obtener asesoramiento y eventualmente ayuda para programas de prevención. Administración local y otras entidades comunitarias: A menudo las comunidades disponen de recursos aprovechables en programas de prevención. Las asociaciones locales (juveniles, culturales, deportivas, etc.), el voluntariado y algunos departamentos de los Ayuntamientos (deporte, cultura, sanidad, educación, servicios sociales, etc.) pueden aportar recursos de gran interés para la realización de programas preventivos. Algunas localidades, especialmente las de mayor población, disponen de Planes Municipales sobre Drogas, los cuales facilitan la participación en las iniciativas de prevención que se lleven a cabo en el municipio.

Ver: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Redes sociales. Una red social está constituida por un grupo de personas, que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no estar relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Una sociedad estable tiene más posibilidades de tener constituidas redes sociales que faciliten el acceso al soporte social. Influencias desestabilizadoras, como un alto índice de desempleo, planes de reubicación de viviendas a gran escala o una rápida urbanización, pueden dar lugar a una desorganización grave de las redes sociales. En tales circunstancias, la acción destinada a promover la salud se podría centrar en apoyar el restablecimiento de redes sociales. Se pueden generar redes sociales en base a muy diferentes criterios. Por ejemplo: a) coincidencia de objetivos: de organizaciones y personas que, aunque no estén en una misma localidad, pueden compartir información, recursos, criterios, etc; cercanía local: en una misma comunidad tiene que desarrollarse la voluntad de colaboración con personas y organizaciones que, aunque no actúen en el mismo ámbito, puedan encontrar coincidencias que permitan afianzar un trabajo comunitario; redes naturales: que se pueden dar en una localidad, por amistad, por historia, etc., y que permiten establecer cauces de colaboración espontáneos.

Resulta evidente que a los métodos tradicionales de comunicación y coordinación que permiten el establecimiento de redes (reuniones, revistas, encuentros, etc.) hay que añadir internet como una herramienta esencial para la creación de redes virtuales.

Basado en: OMS, 1999, UNDCP, 2000; y Alonso, Cembranos et al., 2001.

Reducción de daños. En el contexto del alcohol y otras drogas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las drogas po-

drían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total. Son ejemplos de reducción de daños el intercambio de jeringuillas para reducir el hábito de compartir material de inyección entre los usuarios de drogas por vía parenteral, o el uso de vasos inastillables para reducir las heridas durante las peleas en los bares.

El término reducción de daños empieza a ser utilizado más ampliamente a partir de los intentos de detener la extensión del HIV, proporcionando material de inyección estéril a los usuarios de drogas por vía parenteral en los primeros años de la década de los 80. Las estrategias de reducción de daños pueden ser usadas para lograr un menor riesgo en el uso de drogas como un paso intermedio en el proceso hacia el logro de una abstinencia total, si bien el grado en que se trata de evitar la continuación del uso de drogas es diferente en función de la filosofía del programa. Generalmente, la reducción de daños supone establecer una jerarquía de conductas de riesgo e implica también que los individuos y las comunidades trabajen para encontrar una posición en esa jerarquía que sea aceptable para ellos. La definición de reducción de daños en sentido amplio permite que los programas orientados a la abstinencia puedan ser considerados como reductores del daño si se dirigen a la reducción de los daños en lugar de sólo reducir el uso, y si no son coercitivos o punitivos en su planteamiento. La reducción de daños como tal es neutral en relación a la moralidad de continuar consumiendo drogas o a la forma de enjuiciarlo y no debe ser considerado como un movimiento para legalizar, descriminalizar o promover el uso de drogas.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Ver: Reducción de riesgos; Consumo más seguro; Intercambio de jeringuillas.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias.

Generalmente el éxito de la reducción de la demanda se mide por la reducción de la prevalencia de uso, por Ej. por una mayor abstinencia, y por lo tanto su impacto es distinto al de la reducción de daños.

Tal como es definida por la UNDCP, la reducción de la demanda es un término amplio usado para un conjunto de políticas y programas que buscan una reducción del deseo de obtener y usar drogas ilegales, incluyéndose en este tipo de estrategias los programas preventivos o educativos para disuadir a los usuarios, o potenciales usuarios, de experimentar con drogas ilegales o continuar usándolas, los programas de sustitución (por Ej., metadona), los programas de tratamiento dirigidos principalmente a facilitar la abstinencia, la reducción en la frecuencia o las dosis usadas, los programas que ofrecen educación o tratamiento como alternativas a la prisión, las políticas amplias de carácter social para reducir la influencia de los factores que contribuyen al uso de drogas tales como el paro, la marginación o el abandono escolar.

En la práctica preventiva, las estrategias de reducción de la demanda incluyen todo tipo de programas y actuaciones destinados a minimizar la influencia de los factores de riesgo de consumo o a maximizar la influencia de los factores de protección, no sólo de drogas ilegales sino también legales, reservándose otros términos más vinculados al tratamiento para las acciones dirigidas a los drogodependientes.



Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: Prevención.

Reducción de la oferta. Tal como es definida por la UNDCP, la reducción de la oferta es un término amplio usado para un conjunto de actividades diseñadas para detener la producción, manufactura y distribución de drogas ilegales. La producción puede ser restringida a través de la erradicación de cultivos o a través de grandes programas de desarrollo de alternativas. La producción (manufactura ilícita) es atacada directamente a través de la supresión de laboratorios ilegales y/o el control de los precursores químicos, mientras que la distribución es reducida a través de policía y aduanas, y en algunos países mediante operaciones militares. El control de la oferta es un término usado a menudo para referirse a las actividades policiales y aduaneras.

En la práctica preventiva, este término se amplía también a la oferta de drogas legales, incluyendo medidas que suelen ser de carácter legal y que regulan aspectos como la venta de alcohol o tabaco a menores, la publicidad de estas drogas, los horarios de venta, los establecimientos autorizados para la misma, etc..

Basado en: UNDCP, 2000.

Ver: Estrategias de prevención.

Reducción de riesgos. Describe políticas o programas que se centran en promover la disminución del riesgo de daño por consumo de alcohol o de otras drogas. Las estrategias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas en el sentido de que las conductas de riesgo son normalmente más inmediatas y más fáciles de medir objetivamente que los daños, particularmente cuando éstos presentan baja prevalencia. Por ejemplo, podría ser más práctico medir la reducción de la conducta de compartir material para la inyección que un índice de daño como la incidencia del HIV.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Ver: Conducta de riesgo; Reducción de daños; Consumo más seguro.

Reforzamiento (Refuerzo). Todo acontecimiento que sigue a una conducta (u otro tipo de respuesta) y modifica la probabilidad de repetición de la misma. Existen dos formas fundamentales de reforzamiento:

- Reforzamiento positivo: si en una situación determinada un sujeto hace algo que se sigue de un reforzador positivo, entonces es más probable que el sujeto haga lo mismo cuando se encuentre en una situación similar. Un reforzador positivo es sinónimo de recompensa y se refiere a cualquier evento que, cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, aumenta la frecuencia de dicha conducta.
- Reforzamiento negativo: es el incremento de la frecuencia de una respuesta por la terminación de un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ejecute la respuesta.

Se ha demostrado que los efectos inmediatos de la mayoría de las drogas tienen una acción reforzadora positiva tanto en humanos como en diferentes animales de experimentación. Con la administración continuada y el establecimiento de la dependencia se ponen en marcha diferentes mecanismos neurobiológicos que contribuirían a que la auto-

administración de drogas se mantenga, al menos en gran parte, como resultado de un proceso de reforzamiento negativo en el drogodependiente trata de evitar las manifestaciones desagradables que produce la abstinencia.

Adaptado de: Olivares y Méndez, 1999; Koob, Sanna y Bloom, 1998.

Registro. En epidemiología, archivo de datos relativos a todos los casos de una determinada enfermedad o de otro proceso de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los casos puedan relacionarse con una población base. Con esta información se pueden calcular las tasas de incidencia. Ejemplos de registros tenemos los de nacimientos y muertes, registros de cáncer, de gemelos, de malformaciones congénitas, etc.

Adaptado de: Last, 1989.

Regresión. En estadística, es sinónimo de Análisis de Regresión.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Análisis de regresión.

Regresión lineal. Análisis de regresión de los datos mediante la utilización de modelos lineales.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Relación Coste-Beneficio. Relación entre el valor actual de los beneficios medibles derivados de una intervención y el valor de los costes derivados de la misma. El cálculo de esta relación se utiliza en evaluación económica para determinar la viabilidad o el éxito económico de una intervención o programa.

Tomado de: Last, 1989.

Ver: Análisis coste-beneficio.

Relación Dosis-Respuesta. Relación entre una causa y su efecto en la que un cambio en la cantidad, intensidad o duración de la exposición a la causa se asocia a otro cambio, ya sea aumento o disminución, en el efecto. Se considera uno de los criterios de causalidad.

Adaptado de: Last, 1989.

Replicaciones del programa. Número de veces que el programa ha sido usado y evaluado en un ámbito determinado.

Basado en: CSAP, 2000.

Resiliencia. La resiliencia es un proceso que implica una compensación de los factores de protección frente a los factores de riesgo, y una acumulación gradual de fuerza emocional que permite a los niños responder con éxito a los cambios en sus familias, escuelas y comunidades.

Puede definirse como la capacidad para reponerse después de acontecimientos vitales traumáticos (Ej., muerte de un pariente, divorcio, abusos sexuales, quedarse en la calle o sufrir una catástrofe) y otros tipos de adversidad, para lograr una eventual restauración



o mejora del funcionamiento competente o de la capacidad para resistir el estrés crónico (Ej., pobreza extrema, padres alcohólicos, enfermedad crónica, o violencia en el hogar o en el barrio) y para mantener un funcionamiento competente a pesar del mantenimiento de las condiciones de vida adversas o estresantes.

Es un anglicismo procedente del término “resilience”. Por ello se propone el término “adaptación positiva” para sustituirle ya que, ante situaciones que suponen una acumulación de factores de riesgo, algunas personas se adaptan a las mismas implicándose en conductas negativas para el individuo o para la sociedad, tales como conducta violenta o delictiva, consumo de drogas, etc. (lo cual podría definirse como “adaptación negativa”), mientras que otras son capaces de adaptarse de forma positiva, desarrollando formas de conducta que favorecen el desarrollo del individuo y del grupo al que pertenece. Decimos que estas últimas personas tienen una elevada capacidad de “adaptación positiva”.

Este concepto trata de explicar por qué una parte de los niños en situación de alto riesgo llega a convertirse en adultos competentes, confiados y cuidadosos, señalando que estos niños comparten determinadas características de personalidad: competencia social, estrategias para solucionar problemas, conciencia crítica, autonomía y creen en un brillante futuro. También comparten factores ambientales como una relación de apoyo con otras personas, altas expectativas en su familia y su comunidad y oportunidades para participar en conductas con gran significado.

Los factores que contribuyen a la resiliencia en los jóvenes son:

- Una fuerte relación con los padres o los adultos que se encargan de su cuidado, los cuales les proporcionan un entorno educativo desde sus primeros años y de forma constante.
- Sentimientos de éxito y sensación de tener una capacidad que le permiten poder decir que hace algo bien y poder mantener un sentimiento de respeto hacia sí mismo.
- Fuertes recursos internos y externos tales como buena salud física, autoestima, sentido del humor y una red de apoyo que incluye la familia, la escuela y la comunidad.
- Habilidades sociales, incluyendo buenas habilidades para comunicarse y negociar, así como habilidades para tomar decisiones y para rechazar actividades que pueden ser peligrosas.
- Estrategias de pensamiento y de solución de problemas capaces de generar alternativas y solucionar problemas.
- Esperanza en que las ventajas de otras personas pueden ser superadas con perseverancia y trabajo duro.
- Superar situaciones estresantes previas, de manera que cada vez que un joven supera una dificultad, la experiencia le ayuda a afrontar las siguientes dificultades.

Algunos autores utilizan la expresión “factores de resiliencia” como sinónimo de factores de protección.

Basado en: CSAP, 2001a; Shene, 1999, cit. por Ballard, 2002; CSAP, 1993; Hazelden, 1996, cit por CSAP, 2000.

Ver: Factores de protección; Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo.

Resolución de problemas (Problem solving). La resolución de problemas es una técnica de intervención psicológica integrada por una serie de pasos de aplicación secuencial que tienen por objetivo ayudar a que las personas resuelvan adecuadamente cualquier tipo de problema (cotidiano, interpersonal o clínico), minimizando al máximo el estrés y las reacciones emocionales negativas que impiden normalmente la solución exitosa de problemas.

El procedimiento básico consta de 5 fases o etapas:

- Orientación general hacia el problema: se pretende que el sujeto reconozca el hecho de que los problemas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz. Asimismo, en esta primera fase, el sujeto debe reconocer las situaciones problemáticas e inhibir y reducir los pensamientos negativos que dificulten el proceso de resolución de problemas.
- Definición y formulación del problema: los objetivos de esta fase son que el sujeto clarifique la naturaleza del problema, establezca una meta realista de solución de problemas y reevalúe la importancia del problema para su bienestar personal y social.
- Generación de soluciones alternativas: el propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para maximizar la probabilidad de que la mejor solución esté entre ellas. Pueden surgir algunas dificultades relacionadas con la capacidad para generar soluciones alternativas para las que puede ser útil utilizar técnicas como la tormenta de ideas.
- Toma de decisiones: el objetivo de esta fase es evaluar (comparando y juzgando) las alternativas de solución disponibles, seleccionando la mejor para ponerla en práctica en la situación problemática. Para cada solución pueden estimarse los costos y beneficios, a corto y largo plazo, y se selecciona la solución o combinación de soluciones con mejor utilidad esperada.
- Puesta en práctica y verificación de la solución: en esta fase se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la solución escogida en la situación problemática de la vida real.

Adaptado de: Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995

Resultados. Cambios observados en las mediciones estudiadas. Posibles consecuencias que se derivan de cualquier tipo de intervención. Impacto o modificación registrado en un indicador determinado (Ej.: el estado de salud, el consumo de drogas, la actitud o los conocimientos de un individuo o un grupo de población con relación a las drogas, etc.), como consecuencia de la aplicación sobre el mismo de una intervención socio-sanitaria.

También se aplica para definir la combinación de un producto ofertado (bien o servicio) y la evaluación cualitativa (o utilitaria) que del mismo hacen los usuarios.

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y CSAP, 2001a.

Resultados del programa. Son los cambios medibles en la vida de la población destinataria, ya sean características y habilidades personales o normas y acciones sociales o prácticas de comportamiento, producidos como consecuencia del programa.

Adaptado de: Alvira Martín, 2000.



Resultados esperados. Las consecuencias y resultados generales que se esperan de las intervenciones o programas.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Resultados finales. Conclusiones inferidas a partir de los cambios observados entre las mediciones de un suceso o valor de las variables medidas en la línea de base y las mediciones realizadas con los mismos instrumentos al final de la intervención.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Resultados inmediatos. El cambio inicial en una secuencia esperada de cambios que ocurren como resultado de la implementación de un programa.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Resultados intermedios. En una secuencia esperada de cambios que ocurren en un programa con base científica, son los cambios que se miden cuando se termina un programa. Dependiendo de la teoría de cambios que se utilice en la intervención, un resultado intermedio en una intervención puede ser en otra intervención un resultado inmediato o final.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Revisión por pares (Peer review). Proceso de revisión en el que se examinan propuestas de investigación, manuscritos enviados para su publicación en revistas científicas y resúmenes remitidos para presentar en reuniones científicas. En esta revisión, dos o más profesionales del mismo campo juzgan los méritos científicos y técnicos que concurren en el trabajo presentado. La valoración final depende pues de más de una valoración. A veces se denomina también “revisión por expertos”.

Basado en: Last, 1989.

Riesgo. Probabilidad de que ocurra un hecho, por ejemplo, desarrollar algún problema relacionado con el uso de drogas, dentro de un período de tiempo o edad determinados. Asimismo, término no técnico que comprende diversas medidas acerca de la probabilidad de un desenlace desfavorable. Contingencia a la que está expuesta una actividad de no alcanzar los resultados previstos a causa de la disponibilidad de una información incompleta.

Adaptado de: Last, 1989.

Ver: Probabilidad.

Riesgo atribuible. Tasa de una enfermedad, o de otro tipo de problema, en individuos expuestos a sufrir dicho problema, que puede atribuirse a dicha exposición. Diferencia entre las tasas de incidencia en los expuestos y en los no expuestos, suponiendo que el resto de las variables ejercen el mismo efecto en ambos grupos. Permite apreciar mejor las consecuencias cuantitativas de la exposición al factor de riesgo para el conjunto de la población afectada.

Adaptado de: Last, 1989; y MachMahon y Pugh, 1978.

Riesgo relativo. Es la razón entre la incidencia de una enfermedad o problema socio-



sanitario, en un grupo expuesto a un factor de riesgo y la incidencia de la enfermedad o problema en el grupo no expuesto a ese factor. Indica la probabilidad de que una enfermedad o problema socio-sanitario se desarrolle en el grupo expuesto en relación con el grupo no expuesto.

Un riesgo relativo de 1 indica que no existe relación entre el factor de estudio y la enfermedad o problema socio-sanitario estudiado. Si es significativamente mayor que 1, existe una asociación positiva y si es significativamente menor que 1, la asociación es negativa.

Adaptado de: Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y de Last, 1989.

S

Salud. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986) destaca la existencia de determinadas condiciones previas para la salud, las cuales incluyen la paz, disponer de alimentos y recursos económicos adecuados, de vivienda, de un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estas condiciones pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

Tomado de: OMS, 1999.

Ver: Promoción de la Salud.

Salud comunitaria

Ver: Salud Pública.

Salud Pública. La Salud Pública es una de las estrategias organizadas por la sociedad para proteger, promover y recuperar la salud de los individuos que integran dicha sociedad. Combina ciencias, técnicas y creencias, dirigidas a la promoción, al mantenimiento y la mejoría de la salud y la calidad de vida de las personas, a través de la actuación política.

La llamada “nueva salud pública”, se basa en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida saludables y creando entornos que promueven y apoyan la salud.

Tomado de: OMS, 1999; y Last, 1989.

Ver: Salud; Promoción de la Salud.



Sedante. Los sedantes son sustancias psicoactivas que reducen la tensión subjetiva e inducen tranquilidad mental. El término “sedante” es prácticamente sinónimo del término “ansiolítico” que es la sustancia que reduce la ansiedad. La diferenciación entre ansiolíticos y sedantes como sustancias diurnas e hipnóticos como sustancias nocturnas no es muy precisa. Los hipnóticos se utilizan para inducir el sueño, aunque cuando se dan sedantes y ansiolíticos a dosis altas pueden inducir sueño al igual que los hipnóticos. Por otro lado, cuando los hipnóticos se dan a dosis bajas pueden inducir sedación diurna, tal como hacen los sedantes y ansiolíticos. En la literatura, especialmente en la más antigua, los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos están agrupados bajo el epígrafe de tranquilizantes menores, término mal definido y de significado ambiguo, por lo que es mejor evitarlo.

Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas incluyen las benzodiazepinas, los carbamatos (por Ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (por Ej., secobarbital) y los hipnóticos afines a los barbitúricos (por Ej., glutetimida, metacualona). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (por Ej., buspirona, gepirona).

Tomado de: Kaplan, Sadock y Grebb, 1996, y American Psychiatric Association, 1995.
Ver: Benzodiazepinas; Barbitúricos; Tranquilizantes.

Seguimiento de indicadores. Puesta en práctica y análisis de mediciones sistemáticas, destinadas a detectar cambios en el ambiente, en el estado de salud, o en indicadores relacionados con las drogas que presenta una población determinada. No debe confundirse con “Vigilancia”, ya que seguimiento implica, además, para algunos, intervención a la luz de las modificaciones observadas. También describe la medición continua del rendimiento de un servicio o profesional socio-sanitario, o del grado en que los beneficiarios incorporan los cambios derivados y una intervención. En el ámbito de la administración socio-sanitaria, se denomina así a la observación continua de la realización de una actividad destinada a comprobar que las entradas, las pautas de trabajo, los objetivos y otras acciones necesarias se llevan a cabo según un plan previsto.

Basado en: Last, 1989; y EMCDDA, 1998.

Sensibilidad y especificidad. Son términos utilizados en las pruebas diagnósticas. La sensibilidad es la capacidad de una prueba para detectar la presencia de enfermedad, es decir, la probabilidad de obtener un resultado positivo estando enfermo. La especificidad es la capacidad de una prueba de descartar la ausencia de enfermedad o probabilidad de obtener un resultado negativo estando no enfermo. Son los indicadores de la validez o exactitud diagnóstica de una prueba.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Series temporales. Una serie temporal es una secuencia de observaciones ordenadas en el tiempo o en el espacio. Las series temporales se muestran mejor con un diagrama de coordenadas, situándose la serie de valores X en el eje vertical y el tiempo t en el eje horizontal. El tiempo es tratado como una variable independiente (aunque no se tenga control sobre él). Existen dos clases de datos de series temporales: continuos, en los que tenemos una observación en cada momento de tiempo; y discretos, donde tenemos una observación en intervalos espaciados (generalmente regulares).

Adaptado de: Alvira Martín, 2000; y Center for Applied Statistics, 2003.

Sesgo. Desviación de los resultados o de las deducciones de la verdad o procesos que conducen a tal desviación (fuentes de error sistemático, en contraposición a fuentes de error aleatorio). Cualquier sesgo existente en la selección de los sujetos de estudio, instrumentos de medida, recogida de datos, análisis, interpretación, publicación o revisión de los datos puede llevar a conclusiones que se aparten sistemáticamente de la verdad.

Adaptado de: Last, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hulley y Cummings, 1993.

Sesgo de entrevistador. Error sistemático debido a la recogida de datos selectivos, de manera consciente o inconsciente, o interpretación de los mismos, por parte del entrevistador. También, por la predisposición de la respuesta del entrevistado con respecto al entrevistador.

Tomado de: Last, 1989.

Sesgo de medición. Error sistemático que se origina en la medición (o clasificación) imprecisa de los sujetos según las variables del estudio.

Tomado de: Last, 1989.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Enfermedad infecciosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La infección por el VIH es, por tanto, una enfermedad transmisible producida por un retrovirus que afecta directa y fundamentalmente, entre otros, al Sistema Inmunológico produciendo su destrucción, y al Sistema Nervioso, presentando un amplio espectro de manifestaciones clínicas que van desde la infección aguda inicial, cuando ésta es sintomática y pasando por un largo período de portador asintomático de años de duración, hasta desembocar en una serie de infecciones oportunistas y/o neoplasias que definen el estado más avanzado y mortal de la enfermedad denominado SIDA.

Los mecanismos de transmisión del VIH son la vía sexual, la exposición parenteral a sangre o derivados (sin olvidar la inseminación artificial y la recepción de un órgano procedente de un donante infectado) y la transmisión vertical de madre infectada a hijo.

Tomado de: Costa, Damiano y Rubio, 1992.

Significación estadística. La posibilidad de generalizar a una población la relación particular entre variables. Se dice que una relación es estadísticamente significativa cuando se presenta tan frecuentemente en los datos que justifica –con una probabilidad determinada– la hipótesis de que dicha relación no sea debida al azar. Generalmente, el nivel de significación estadística se constata mediante el valor de “p” y tiene relación con el rechazo de la hipótesis nula.

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1982; Rubio Cebrián, 1995; y CSAP, 2001a.

Significación práctica. Información o resultados relevantes y significativos que tienen utilidad en el campo de aplicación (clínica, para la prevención, etc.). Algunos resultados pueden tener significación estadística pero poca utilidad (por ejemplo, estadísticamente, los zurdos consumen más drogas que los diestros). Por tanto se habla de significa-



ción práctica cuando se trata de un hallazgo de suficiente magnitud como para considerar que es algo más que sólo interesante y que puede conducir a una acción o decisión relevante.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Simulación. Uso de sistemas de modelos, por ejemplo, un modelo matemático o un modelo animal, para imitar lo más posible la acción de un sistema real. Se emplea a menudo para estudiar las propiedades de los sistemas reales. Operación que trata de prever una situación futura basándose en datos disponibles, de modo que pueda configurarse como un escenario verosímil de lo que va a ocurrir.

Representación matemática simplificada de la variación simultánea de un conjunto de variables para observar el comportamiento de un modelo o sistema en función de los resultados que pueden alcanzarse en cada una de las alternativas consideradas.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.

Adaptado de: Last, 1989.

Síndrome amotivacional. Conjunto de características asociadas con el uso de sustancias psicoactivas, incluyendo apatía, pérdida de eficacia, reducción de la capacidad para llevar a cabo planes complejos o a largo plazo, baja tolerancia a la frustración, problemas de concentración y dificultad para seguir rutinas. Aunque su existencia es controvertida, se ha descrito principalmente en conexión con el uso de cánnabis y podría simplemente reflejar síntomas de intoxicación crónica de esta sustancia. Los síntomas también podrían ser un reflejo de la personalidad, las actitudes o la etapa de desarrollo de los usuarios.

Tomado de: WHO, 1994.

Síndrome alcohólico fetal. Es el trastorno que resulta de exponer el feto al alcohol. La presencia de alcohol inhibe el crecimiento intrauterino y el desarrollo postnatal, siendo una importante causa de retraso mental. La microcefalia, las malformaciones craneofaciales y los defectos en las extremidades y el corazón, son afecciones frecuentes en estos niños. También se ha asociado este síndrome a una estatura menor en la edad adulta y el desarrollo de conductas desadaptativas.

El riesgo de que una mujer alcohólica tenga un hijo con este síndrome es superior al 35 %. Aunque se desconoce cuál es el mecanismo preciso por el que el feto queda afectado, los daños parecen ser el resultado de la exposición uterina al etanol o a sus metabolitos. El alcohol también puede producir desequilibrios hormonales e incrementar así el riesgo de anomalías.

Adaptado de: Kaplan, Sadock y Grebb, 1996.

Ver: Hijos de alcohólicos.

Síndrome de abstinencia. Grupo de síntomas con diferente agrupamiento y gravedad que aparecen cuando disminuye o cesa el uso de una sustancia psicoactiva que ha sido consumida de forma repetida y, generalmente, durante un período prolongado y en dosis elevadas. El síndrome puede estar acompañado de signos de trastornos fisiológicos.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica definitoria del más estricto significado farmacológico de dependencia.

Tomado de: OMS, 1994.

Ver: Abstinencia; Dependencia; Síndrome de dependencia.

Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido.

Tomado de: OMS, 1994.

Ver: Dependencia; Síndrome de abstinencia; Tolerancia.

Sinergia. Acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales (Real Academia Española, 1992). En prevención se refiere al establecimiento de la necesaria complementariedad entre diferentes intervenciones, con el fin de que su efecto conjunto sea más eficaz que el esperable de acciones puntuales. Este sería el caso de los programas comunitarios que tratan de establecer sinergias entre las acciones de diversos departamentos (juventud, educación, deporte, cultura, sanidad, etc.) y de éstos con la iniciativa social (asociaciones, voluntariado, etc.).

Otro ejemplo de sinergia descrito por la investigación lo encontramos en la aplicación de programas de prevención escolar y campañas en medios de comunicación, de forma que su efecto conjunto es mayor que el obtenido con cada una de estas actuaciones por separado.

Sistema de información. Un sistema de información consiste en una serie de procedimientos de recogida de información de una forma sistemática y continuada. Todo sistema de información parte de la identificación, selección y/o definición de la información que se estima pertinente recoger. Los pasos a tener en cuenta en la elaboración de un sistema de información son:

- Identificación de la información a incluir o recoger: no debe recogerse información que no se vaya a utilizar.
- Previsión inicial del análisis de la información a realizar: tipos de análisis, tipos de informes a producir, etc.
- Diseño de las tablas, formatos o prototipos para el análisis.
- Diseño de los instrumentos de recogida de la información: registros, formularios o cuestionarios que sean de fácil aplicación, que minimicen la posibilidad de errores, cuyo contenido sea fácilmente informatizable y que proporcionen la información adecuada.
- Desarrollo y diseño de los procedimientos de entrada de la información: cómo, cuándo y quién aplica los soportes documentales; cómo, cuándo y quién informatiza los datos.



- Recopilación y procesamiento de la información.
- Difusión de la información procesada.

El desarrollo de un sistema de información pensado para la evaluación y la gestión de los programas de prevención implica incorporar requisitos de calidad metodológica de dichos programas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, para la mayoría de los programas de carácter local, estos sistemas de información no tienen por qué ser excesivamente inalcanzables por complejos o costosos. Sólo se requiere un procedimiento de recogida de la información sensible a la realidad que va a servir, que permita la captura y el análisis sistemático de la misma.

La experiencia existente en la actualidad con sistemas de información en el campo de reducción de la demanda de drogas, permite constatar una serie de beneficios que estos sistemas proporcionan a sus usuarios:

- Proporcionan sugerencias sobre planificación de intervenciones o mejora de actividades específicas.
- Permiten coordinar esfuerzos con otros programas similares o complementarios.
- Ayudan a localizar socios para proyectos internacionales que requieran la participación de varios países, exigido para la financiación de algunos proyectos.
- Promueven y facilitan la evaluación de los programas en este campo.
- Dan visibilidad nacional e internacional a los programas incluidos en sus bases de datos.
- Potencian la visibilidad y la función de las instituciones gestoras de estos sistemas.

Los profesionales y equipos que participan proporcionando y utilizando la información de estos sistemas pueden obtener importantes ventajas:

- Aplicar los estándares de calidad propios del sistema, en sus intervenciones.
- Mejorar la calidad de la información de sus intervenciones, con especial énfasis en la coherencia interna entre objetivos manifestados, indicadores de evaluación seleccionados y resultados reportados.
- Conocer nuevos métodos y aplicaciones en el campo de las intervenciones sobre drogas.
- Obtener información sobre la eficacia de las intervenciones en su campo de interés.
- Generar contactos que contribuyan a la sostenibilidad de sus proyectos.

Los dos sistemas de información en el campo de drogas, disponibles actualmente, son el de IDEA-Prevención, gestionado entre 1988 y 2003 por el equipo técnico de CEPS y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; y el de EDDRA (European Drug Demand Reduction Activities) gestionado por el OEDT. Ambos están accesibles desde Internet: www.idea-prevencion.net y <http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/>.

IDEA-Prevención es un sistema de información técnica sobre prevención del abuso de drogas, originado en España que data de 1988. Recopila información sobre intervenciones preventivas, documentos y materiales específicos o que dan soporte a los programas de prevención, e investigaciones publicadas en la literatura nacional e internacional

sobre temas de prevención o que son necesarios para la planificación de programas de prevención.

EDDRA es un sistema de información, similar en algunos aspectos a IDEA-Prevención, pero su foco son las actividades de reducción de la demanda, su marco son los Estados miembros de la Unión Europea y su acceso es multilingüe. Tras la fase de desarrollo y ensayo piloto, fue incluido como actividad obligatoria para todos los países de la UE en 1998.

Adaptado de: Alvira, 1999.

Ver: Calidad en prevención.

Software. Instrucciones o programas empleados en un ordenador para que éste desempeñe la función que tiene diseñada. Por ejemplo, en investigación los programas de hojas de cálculo, los programas estadísticos y los gestores de bases de datos.

Adaptado de: Last, 1989; y Hulley y Cummings, 1993.

Solventes

Ver: Inhalables.

Sostenibilidad. Probabilidad de que un programa continúe más allá de un período de tiempo determinado, especialmente después de que desaparezcan las principales fuentes de financiación iniciales.

Basado en: CSAP, 2001 b.

Subjetividad. Decimos que existe una aproximación subjetiva cuando un tema es descrito, discutido o interpretado en términos personales, es decir, en relación a las actitudes, creencias u opiniones de una persona.

Adaptado de: CSAP, 2001 b.

Sucesos vitales. Cambios o alteraciones en el patrón de vida de las personas, que pueden asociarse a modificaciones en el estado de salud o ser su causa directa, como puede ser el fallecimiento de un familiar, el desempleo, el divorcio, etc. Se suelen medir con diferentes Escalas de Puntuación, siendo la primera en utilizarse la Escala de Puntuación del Reajuste Social de Rahe-Holmes.

Adaptado de: Last, 1989.

Sustancia psicoactiva. Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por Ej. la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Droga.



Tabaco. Sustancia psicoactiva elaborada a partir de la planta “Nicotina tabacum”, admite diferentes preparaciones y formas de consumo (fumar las hojas enrolladas o en pipa, mascado o aspirado en forma de “rapé”), si bien fumar cigarrillos es la más extendida. La nicotina es la responsable directa de la dependencia del tabaco. Forma parte del humo y, tras su absorción pulmonar, llega rápidamente al cerebro donde ejerce una acción farmacológica que afecta a determinadas funciones cognitivas y emocionales.

Cuando se fuma tabaco por primera vez, generalmente la experiencia es desagradable, con aparición de lipotimia, náuseas y vómito. Si se continúa fumando se desarrolla una rápida tolerancia a los efectos subjetivos y a los efectos fisiológicos, como la aceleración de la frecuencia cardiaca. Sobre todo al principio del día, el tabaco parece mejorar la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la vigilancia para la realización de tareas repetitivas, pero estos efectos no son más que la reversión de la sintomatología abstinencial que padece el fumador al levantarse.

El síndrome de abstinencia máximo se produce entre las 24 y 48 horas después del cese del consumo y desciende paulatinamente durante las dos semanas siguientes. Se caracteriza por irritabilidad, impaciencia, pereza, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, somnolencia, cefalea, amnesia y deterioro de la capacidad de concentración, de la memoria inmediata y del rendimiento psicomotor. El deseo de fumar, sobre todo en situaciones estresantes, puede persistir durante años.

Entre los componentes del humo de tabaco que contribuyen a la aparición de problemas de salud destacan, además de la nicotina, el monóxido de carbono y los compuestos presentes en el alquitrán. El consumo de tabaco aumenta enormemente el riesgo de padecer cáncer y es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema). Además, fumar es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio, así como de accidente cerebrovascular y agrava también la isquemia periférica.

Tomado de: Camí, 2000.

Ver: Tabaquismo.

Tabaquismo. Término de origen francés que se refiere a la condición del fumador que es severamente dependiente de la nicotina y, en consecuencia, manifiesta un severo sín-



drome de abstinencia. Equivale a síndrome de dependencia del tabaco, aunque durante las últimas décadas, su significado se ha ampliado para describir los diversos problemas derivados del uso del tabaco.

Adaptado de: WHO, 1994.

Ver: Tabaco.

Tabla 2 X 2

Ver: Tabla de Contingencia.

Tabla de contingencia. Clasificación tabular cruzada de datos, de tal modo que las subcategorías de una característica se indican horizontalmente (en filas) y las de otra, verticalmente (en columnas). Mediante esta disposición se pueden aplicar fácilmente pruebas de asociación entre las características de las filas y las columnas. La más simple es la cuádruple o tabla de 2 x 2. Las tablas de contingencia pueden extenderse para incluir varias dimensiones de clasificación.

Es una forma de resumir la relación entre variables. Permite clasificar frecuencias de acuerdo con los valores de las variables. También se utiliza para resumir datos categóricos. Lo que se encuentra en las filas de una tabla de contingencia depende (es contingente) de lo que se halle en las columnas.

Tomado de: Last, 1989. Adaptado de: Hulley y Cummings, 1993.

Tabla de supervivencia. Técnica usada para describir de forma resumida el patrón de mortalidad y de supervivencia de las poblaciones. Los datos de supervivencia expresan las probabilidades de sobrevivir, en un determinado momento del tiempo o de forma acumulada, de un grupo de individuos sometido a las tasas de mortalidad específicas a lo largo de su vida. Este tipo de tabla también se puede utilizar para otro evento como el inicio de una enfermedad o la aparición de complicaciones en el curso de la misma. Los supervivientes a la edad x vienen señalados por el símbolo l_x , la esperanza de vida a la edad x por e_x y la proporción de sujetos vivos a la edad x que fallecen entre los años x y $x + 1$, por nq_x .

Adaptado de: Last, 1989; Domènech i Massons, 1998; y Rubio Cebrián, 1995.

Ver: Esperanza de Vida; Estudio de Supervivencia.

Tasa (Rate). Constituye una medida de la frecuencia de un fenómeno. En epidemiología, estadísticas vitales y demografía, la frecuencia se refiere a una población determinada y el empleo de tasas se utiliza, en lugar de simples números, para poder realizar comparaciones entre poblaciones en diferentes momentos y lugares. Los componentes de una tasa son el numerador, el denominador, el tiempo específico en que ocurren los hechos y, generalmente, un factor multiplicador (una potencia de 10), para ofrecer números enteros. Si el numerador está incluido en el denominador hablamos de proporciones.

Cambios en el valor de una variable por unidad de cambio de otra (por ejemplo, la velocidad expresada en km/hora).

Adaptado de: Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994.



Tasa de incidencia. Tasa de nuevos acontecimientos en una población. El numerador son los casos nuevos en un período determinado y el denominador es la población en situación de riesgo.

Adaptado de: Last, 1989.

Tasa de morbilidad. Término usado de manera indiscriminada para hacer referencia a las tasas de incidencia o prevalencia de una enfermedad.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995;

Tasa de mortalidad. Número de fallecimientos en un período específico dividido por la población existente a mitad del período. Si la tasa es baja, constituye una buena estimación de la tasa de mortalidad acumulada. También se denomina Tasa de Mortalidad Bruta.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Tasa de mortalidad acumulada. En un grupo, proporción de sujetos que fallecen en un intervalo de tiempo determinado (el denominador es el número de sujetos a riesgo de morir al inicio del período de observación).

Adaptado de: Last, 1989.

Teléfono de ayuda. Servicios telefónicos, generalmente gratuitos y con amplio horario, que proporcionan información sobre drogas, así como asesoramiento a padres, profesores, jóvenes, consumidores de drogas, etc., sobre prevención y sobre centros de tratamiento de drogodependencias.

Tendencia (Trend). Movimiento de los valores de un indicador a largo plazo, visto en serie ordenada. Por ejemplo, una serie cronológica. Una característica esencial es que el movimiento, aunque posiblemente de carácter irregular a corto plazo, se dirige de forma constante en el mismo sentido a largo plazo. Se utiliza también para referirse a una asociación que, aunque constante en varias muestras o estratos, no es estadísticamente significativa.

Se trata de un componente no observable en una serie temporal que refleja la evolución a largo plazo de la serie analizada.

Adaptado de: Last, 1989; y Rubio Cebrián, 1995.

Teoría. Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación, en base a una concepción racional que intenta dar una visión o explicación sobre el mecanismo que subyace en los fenómenos observados. Se trata pues de un conjunto de proposiciones explicativas que han sido sometidas a pruebas de verificación y comprobación o de hipótesis relacionadas que ofrecen una explicación verosímil a un fenómeno.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995.

Teoría de cambios. Un conjunto de asunciones (también denominadas hipótesis) acerca del cómo y el porqué un cambio deseado es más probable que ocurra como resulta-



do de un programa. De forma usual, la teoría del cambio se basa en investigaciones previas o de teorías existentes sobre el desarrollo y comportamiento humanos.

Adaptado de: CSAP, 2001a.

Teoría de las drogas de inicio. Modelo explicativo de la progresión en el uso de drogas que ha surgido de la investigación con adolescentes, la cual ha identificado un patrón secuencial de consumo de drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el cánnabis han sido descritas como “drogas de inicio” para la progresión a otras drogas ilegales. Esta teoría ha permitido en algunos países poner en marcha programas de prevención dirigidos a reducir el consumo de estas drogas de inicio con el fin de prevenir el consumo de otras drogas ilegales.

En la investigación aparece cierta evidencia de asociación estadística entre el consumo de cánnabis y el de heroína. Se ha encontrado que la prevalencia del uso de otras drogas ilícitas se incrementa con el consumo de cánnabis. Estudios longitudinales sobre el consumo de drogas en adolescentes de Estados Unidos han identificado una secuencia de implicación en las drogas legales e ilegales en la cual cada vez menos adolescentes prueban la siguiente clase de drogas en la secuencia, pero en la cual casi todos los que han probado los últimos tipos de drogas de dicha secuencia, han consumido los tipos iniciales. Esta investigación sugiere que el uso de drogas a menudo empieza por el alcohol y el tabaco. Un pequeño grupo de estos fumadores y bebedores progresará hacia el consumo de cánnabis. Aquellos que usan cánnabis es más probable que avancen hacia otras drogas (alucinógenos, anfetaminas, etc.) y los consumidores de éstas es más probable que consuman heroína o cocaína.

Al respecto debe tenerse en cuenta que la existencia de una secuencia de etapas en el consumo de drogas no implica que haya vínculos causales entre el consumo de las diferentes drogas.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Ver: Droga de entrada o inicio (Gateway drug)

Teoría de la resiliencia

Ver: Resiliencia.

Teoría del refuerzo del prestigio/popularidad. Sugiere la posibilidad de que una gran parte de la conducta adolescente esté motivada por el deseo de presentarse a sí mismo de una determinada forma ante sus iguales. Es decir, los adolescentes elegirían ser vistos como conformistas, respetables, delincuentes o consumidores de drogas, y mostrarían conductas que son consistentes con la reputación deseada.

Se ha investigado la reputación de adolescentes que están implicados en varias áreas de riesgo (incluyendo consumo de alcohol, de disolventes, de otras sustancias ilícitas, conducta intimidatoria o disruptiva, peleas y asaltos) en distintos lugares (escuelas, calles, programas alternativas, centros de detención). Los resultados muestran que la reputación es el factor más significativo de por qué se implican en ciertas conductas de riesgo, de manera que el logro de una reputación no conformista es muy importante para los adolescentes que se implican en el abuso de drogas.

Consecuentemente, debería enseñarse a los adolescentes el significado de la reputación



y que es posible lograr una identidad social sin implicarse en conductas arriesgadas o en el consumo de drogas.

Tomado de: *Ballard, 2002.*

Terapia de familia. Enfoque terapéutico basado en proporcionar asesoramiento profesional a las familias con el fin de reducir el comportamiento familiar desadaptativo y las conductas negativas, e incrementar las habilidades para una interacción familiar saludable.

Adaptado de: *CSAP, 2001a.*

Test de consumo de drogas en el lugar de trabajo. Los procedimientos de control de consumo de drogas en el lugar de trabajo son muy controvertidos, siendo la seguridad la razón habitualmente alegada por las empresas que defienden su conveniencia. El control de drogas en el lugar de trabajo se puede realizar de cinco formas:

- Comprobación de los pre-empleados o candidatos.
- Comprobación en caso de accidente.
- Comprobaciones programadas (por Ej., durante los controles periódicos de salud).
- Comprobaciones aleatorias (usado para profesiones que se relacionan con aspectos de seguridad para las personas o los bienes).
- Comprobación en el seguimiento de tratamiento (usado para controlar el éxito de un empleado en el proceso de abandono de las drogas).

El análisis de orina es una herramienta útil para identificar empleados con problemas de drogas. Sin embargo, aunque es relativamente fiable, las muestras positivas deben someterse a un proceso de comprobación para evitar falsos positivos. La aplicación de controles de consumo de drogas en el ámbito laboral es muy problemática, por la invasión de la privacidad que supone, el desencadenamiento de despidos improcedentes, difamación, establecimiento intencional de condiciones de tensión emocional, discriminación de las minorías o de las personas desfavorecidas, etc. Sus defensores alegan que, a pesar de la controversia, las estadísticas muestran que los programas globales de prevención en el lugar de trabajo que incluyen medidas educativas y formación de trabajadores y supervisores, métodos precisos para el análisis de drogas, y disponibilidad de servicios de tratamiento y rehabilitación para los trabajadores con problemas, reduce el uso de drogas y mejora la salud, la seguridad y la productividad.

Adaptado de: *CSAP, 1993.*

Ver: *Programa de Asistencia a Empleados; Programa laboral.*

Tipo de intervención (Approach). Conjunto métodos y acciones, basados en un enfoque concreto que se utilizan para ámbitos preventivos, o como elementos dentro de un programa preventivo.

Ver: *Estrategias de prevención.*

Tolerancia. Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.



Se trata, por tanto, de una reducción de la respuesta a una dosis de droga como consecuencia del consumo continuado de la misma. Por ejemplo, son necesarias dosis cada vez mayores de alcohol u otras drogas para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas. Al desarrollo de la tolerancia pueden contribuir tanto factores fisiológicos como psicosociales, dando lugar a tolerancia física, conductual o psicológica. Con respecto a los factores fisiológicos, se puede desarrollar tanto tolerancia metabólica como funcional. Incrementando la tasa de metabolismo de una sustancia, el cuerpo puede ser capaz de eliminar la sustancia más fácilmente. La tolerancia funcional es definida como una reducción en la sensibilidad a la sustancia del sistema nervioso central. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de una droga como resultado del aprendizaje o la alteración de las influencias ambientales. La tolerancia aguda es una rápida acomodación temporal al efecto de una sustancia como consecuencia de una única dosis. La tolerancia inversa, también conocida como sensibilización, se refiere a la condición en la cual la respuesta a una sustancia se incrementa con el uso repetido. La tolerancia es uno de los criterios para determinar el síndrome de dependencia.

Tomado de: OMS, 1994; y American Psychiatric Association, 1995.

Ver: Dependencia.

Tolerancia de la comunidad en relación con las drogas. Situación en la que las normas comunitarias valoran una conducta problemática como socialmente aceptable o incluso la promocionan activamente.

En nuestra cultura, puede darse en el caso del consumo tabaco o alcohol en determinadas situaciones de interacción social, o en el caso del consumo de drogas ilegales en determinadas comunidades marginales.

Toxicidad. Grado en que una sustancia tiene potencial para causar efectos tóxicos o perniciosos. Casi todas las drogas y muchas otras sustancias (por Ej. algunas comidas comunes) tienen toxicidad a cierto nivel de ingesta.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Toxicomanía. Término de origen francés para definir la adicción a las drogas.

Tomado de: WHO, 1994.

Ver: Adicción (al alcohol u otras drogas).

Trabajo de calle (Outreach work). Actividad de tipo comunitario con el objetivo global de facilitar la mejora de la salud y la reducción de los riesgos o los daños relacionados con las drogas para los individuos y los grupos que no son alcanzados de manera efectiva por los servicios existentes o a través de los canales tradicionales de educación para la salud. El trabajo de calle puede ser “independiente”, “ambulatorio” o “domiciliario”.

La modalidad “independiente” tiene lugar fuera de la sede de una agencia u organización, en lugares públicos tales como la calle, las estaciones de transportes, clubes nocturnos, hoteles o cafés. La modalidad ambulatoria se centra en organizaciones (por Ej., casas a medio camino, cambio de jeringuillas, clubes juveniles, escuelas y prisiones) más que en los individuos. La modalidad domiciliaria se realiza en los domicilios de las personas. En los proyectos de trabajo de calle a través de iguales se utilizan miembros



actualmente pertenecientes al grupo objetivo o que lo fueron en el pasado (por Ej., consumidores o ex-consumidores de drogas) como voluntarios o personal contratado.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Tráfico de drogas. El comercio de alguna droga ilegal. Puede incluir la importación o exportación de drogas o la posesión de éstas con el fin de venderlas u ofrecerlas a otros. Legalmente, los delitos de tráfico de drogas reciben penas más severas que los asociados con la posesión de drogas para el uso individual. La distinción entre el tráfico y otros delitos menores se puede hacer de acuerdo a la cantidad de droga que la ley establezca como destinada al tráfico o en función de otros factores como el testimonio del acusado u otras personas, la posesión de dinero o de útiles que se consideren propios de la venta u oferta de drogas. En la práctica, muchos consumidores de drogas se dedican también a la venta de drogas a pequeña escala.

Adaptado de: UNDCP, 2000.

Tranquilizantes. Se han desarrollado dos tipos de tranquilizantes. Los tranquilizantes mayores se emplean principalmente en los casos de psicosis, esquizofrenia, manía y demencia senil. También son valiosos para tratar los trastornos del comportamiento en los niños. Hasta fechas recientes se consideraba que los tranquilizantes mayores no producían dependencia física aún cuando se tomaran durante largos períodos. Actualmente, en la bibliografía internacional se empieza a hacer referencia a los síndromes de abstinencia por el uso prolongado de neurolépticos.

Los tranquilizantes menores o hipnóticos proceden principalmente de un grupo de fármacos conocidos como benzodiacepinas. Sus principales usos son como ansiolíticos (sedantes) o tranquilizantes para tratar la inquietud, depresión, tensión y ansiedad; como hipnóticos en el tratamiento del insomnio, como relajantes musculares; como anti-convulsivos para tratar ciertos tipos de epilepsia, como sedante previo a la intervención quirúrgica para relajar a los enfermos; y para aliviar los síntomas de abstinencia del alcohol y otras drogas.

Sin embargo, el término “tranquilizante menor” ha sido incorrectamente asumido para indicar una ausencia de efectos dañinos significativos. A causa de la dependencia potencial de estas drogas, se prefiere evitar este término.

Adaptado de: Stockley, 1997 y de WHO, 1994.

Ver: Benzodiacepinas; Sedantes.

Transferencia de tecnología. Referida a la prevención del consumo de drogas, es la acción y el efecto de difundir los hallazgos científicos y técnicos realizados en este ámbito, tanto entre la propia comunidad científica, como entre los agentes de prevención que aplican las intervenciones. Acercar la investigación a los programas de prevención es una tarea que debe planificarse cuidadosamente y no dejarse a la improvisación. Para lograr que los nuevos hallazgos científicos produzcan avances significativos en los procedimientos de trabajo de los profesionales implicados en el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales. Para ello, es precisa la implicación de diferentes sectores sociales y profesionales. Así, la conexión entre investigación y práctica requiere que la política en transferencia de tecnología se apoye en dos acciones básicas. De una par-



te, es preciso que las instituciones o departamentos de investigación y epidemiología de las adicciones provean la infraestructura de apoyo necesaria para los dispositivos asistenciales y preventivos en dicha materia, con el fin de que puedan hacer investigación aplicada. Por otro lado, es necesario que dichas instituciones o departamentos desarrollen proyectos de investigación que contemplen a los servicios asistenciales y de prevención como socios de los proyectos.

En general, cualquier estrategia que persiga acercar la práctica a los hallazgos derivados de la investigación, debe cubrir las siguientes áreas: a) estrategias para aproximar la investigación y la práctica; b) estrategias para unir los resultados de la investigación, las políticas de actuación y la implantación de dichos resultados; c) estrategias para el desarrollo del conocimiento; d) estrategias de difusión y transferencia del conocimiento; e) estrategias para la participación de los usuarios; y e) estrategias de formación.

Especialmente importante en la transferencia de tecnología sobre prevención es la selección y difusión de programas efectivos. En este sentido, son de gran utilidad las bases de datos ofrecidas por el CSAP (www.modelprograms.samhsa.org); por el Sistema de información IDEA-Prevención (www.idea-prevencion.net); y por el OEDT (www.emcdda.org).

Adaptado de: Del Pozo Irribarría, Suelves Joanxich y Salvador Llivina, 2004.

Ver: Bases de datos bibliográficos; Programas efectivos.

Trastorno disocial (Conduct disorder). Trastorno del comportamiento en el que se aprecia un patrón repetitivo y persistente acciones que vulneran los derechos básicos de otras personas o de las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad del individuo. Este trastorno puede incluir agresiones a las personas o los animales, destrucción de propiedades, fraude o robo, y violaciones serias de las normas.

Tomado de: CSAP, 2001a.

Tratados internacionales de control de drogas. Tratados internacionales relacionados con el control de la producción, manufactura, comercio, distribución y uso de sustancias psicoactivas. El funcionamiento del actual sistema de control internacional de drogas está basado en los principios del control nacional por los estados, así como en la cooperación entre estados y con los cuerpos de las Naciones Unidas, de conformidad con las disposiciones de varios tratados internacionales de control de drogas. Hay actualmente en vigor tres tratados jurídicamente obligatorios que regulan el control internacional de drogas y que son:

- La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (junto con el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única).
- La Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- La Convención de las Naciones Unidas frente al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

Estos tratados de control de drogas son complementarios y se apoyan mutuamente. Un importante papel de los tratados es codificar las medidas de control aplicables internacionalmente con el fin de asegurar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para fines médicos y científicos, y prevenir su derivación desde las fuentes legales a los canales ilícitos. Además de varios artículos que se dirigen al tráfico de dro-



gas ilegales, los tratados también incluyen disposiciones generales sobre el abuso de drogas.

La Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. Esta Convención intenta prevenir y combatir la adicción a las drogas por medio de la acción internacional coordinada de control de drogas. Esencialmente, la Convención busca limitar la posesión, uso, comercio, distribución, importación, exportación, manufactura y producción de drogas exclusivamente a las cantidades necesarias para fines médicos o científicos. También prohíbe la práctica de fumar opio o comer opio, masticar hojas de coca, fumar hachís (Cannabis) y el uso de la planta del Cannabis para fines no médicos. Adicionalmente, la Convención contiene algunas disposiciones que tienen que ver con el tratamiento médico y la rehabilitación de los adictos a las drogas. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 fue además reforzada por el Protocolo de 1972 que la modificó.

El Protocolo de 1972. Es un grupo de modificaciones consensuadas a la Convención Única de 1961 las cuales entraron en vigor en 1975. El Protocolo subraya la necesidad de incrementar los esfuerzos para prevenir la producción ilícita, el tráfico y el uso de estupefacientes. También recalca la necesidad de proporcionar servicios de tratamiento y rehabilitación a los consumidores de drogas y señala que la educación, el tratamiento, el seguimiento, la rehabilitación y la reintegración social deberían ser consideradas como alternativas o medidas complementarias a la prisión para consumidores que han cometido delitos relacionados con las drogas. La Convención modificada también enfatiza la necesidad de la cooperación y la coordinación en la acción internacional para hacer frente a los problemas asociados al abuso de drogas.

La Convención de Sustancias Psicotrópicas, 1971. La preocupación creciente acerca de los efectos perjudiciales de ciertas sustancias psicotrópicas permitió la adopción de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas en 1971. En particular, la Convención, que fue realizada en respuesta a la diversificación y expansión del espectro de drogas de abuso, introdujo controles sobre un conjunto de drogas sintéticas, (las cuales incluyen varias drogas de tipo anfetamínico, hipnótico-sedativos y alucinógenos), de acuerdo a su abuso potencial por un lado y a su valor terapéutico por otro. La Convención también contiene disposiciones relativas a estas sustancias, las cuales apuntan a asegurar la identificación temprana, educación, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y reintegración social de aquellas personas que se han convertido en adictos a dichas sustancias.

La Convención de las Naciones Unidas frente al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988. Además de las extensas medidas frente al tráfico de drogas, incluyendo disposiciones para la extradición de traficantes de drogas, confiscación de ingresos y entregas controladas, y disposiciones frente al lavado de dinero y el desvío de precursores químicos, esta Convención también estipula la cooperación y el acuerdo internacional con respecto a la eliminación o la reducción de la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Tomado de: UNDCP, 2000.

Ver: Convenciones Internacionales sobre Drogas.

U

Unidad de Bebida Estándar (UBE). Para simplificar los procesos de conversión de las diferentes bebidas alcohólicas en la unidad de equivalencia elegida y con el objetivo de posibilitar las comparaciones entre diferentes poblaciones, organizaciones internacionales (OMS) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo) han propuesto medir el consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE). El cómputo del consumo de alcohol en UBE se realiza de una forma sencilla: una cerveza, vino o aperitivo equivale a 1 UBE, mientras que una consumición con bebidas destiladas equivale a 2 UBE. La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando por 12,5.

Tomado de: *Observatorio Español sobre Drogas, 1999.*

Uso de drogas. Término empleado en algunas ocasiones para referirse al consumo no perjudicial de determinadas sustancias. Éste sería el caso del consumo de medicamentos bajo prescripción facultativa y en la forma establecida por el médico. También podría incluirse en esta acepción el consumo de alcohol en dosis muy bajas por parte de personas cuya edad y características no hagan previsible ningún efecto nocivo. En otros casos se emplea también como sinónimo de abuso de drogas.

Ver: *Abuso de drogas.*

Utilidad. Característica de los bienes y servicios socio-sanitarios que los hace propicios para satisfacer necesidades de una población. En el ámbito socio-sanitario, se refiere a los niveles de satisfacción subjetiva que perciben los individuos beneficiarios de una intervención y que se asocia a la opinión que tienen los mismos acerca de un determinado estado de bienestar y de salud. Se trata del resultado medible en el análisis coste-utilidad. Su carácter subjetivo plantea problemas con su medición. Sin embargo, cualquier principio o hallazgo de base científica es útil si se puede utilizar como guía en el desarrollo e implementación de un programa.

Basado en: *Rubio Cebrián, 1995; y CSAP, 2001a.*

Ver: *Calidad de Vida; Análisis Coste-utilidad.*

Utilidad de la evaluación. Los resultados de la evaluación sirven para mejorar la intervención preventiva evaluada. Esta utilización se puede maximizar publicando y difun-



diendo los resultados de la evaluación, haciendo partícipe a la comunidad del proceso y de los resultados de la evaluación. La utilidad de la evaluación debe preverse y consignarse desde que se inicia el propio diseño de evaluación, especificando el impacto previsible de la intervención y cómo los resultados obtenidos podrán contribuir a la mejora del programa.

Basado en: Alvira Martín, 2000; y EMCDDA, 1998.

V

Validez. El grado por el que una medida de un constructo particular refleja realmente ese constructo. Grado en que los resultados o datos de un estudio matemático, estadístico o epidemiológico son ciertos o correctos.

Adaptado de: *Pineault y Daveluy, 1989; Rubio Cebrián, 1995; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y CSAP, 2001a.*

Validez externa. Grado en que los hallazgos y resultados de una intervención pueden aplicarse sin sesgo (o generalizarse) a personas, objetos, lugares o tiempos distintos de aquellos en los que se realizó el estudio.

Adaptado de: *Last, 1989; Pineault y Daveluy, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hullely y Cummings, 1993.*

Validez interna. Señala el grado con que los resultados y conclusiones del investigador son aplicables a los sujetos de estudio y describen correctamente lo que en realidad sucedió. Para ello, la elección de los grupos de intervención y control se debe haber realizado de tal manera que las diferencias observadas entre ambos -en las variables dependientes estudiadas- pueden atribuirse solamente, aparte del error de la muestra, al efecto hipotético sometido a investigación. Es decir, el efecto obtenido se debe realmente a la variable independiente y no a variables de confusión, siempre que estas últimas hayan sido controladas.

Adaptado de: *Last, 1989; Pineault y Daveluy, 1989; Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Hullely y Cummings, 1993.*

Valor de “p”

Ver: *Probabilidad.*

Valor predictivo. Probabilidad de que un individuo con un resultado positivo en una prueba presente el problema en estudio (valor predictivo positivo), o la probabilidad de que no presente dicho problema si el resultado de la prueba es negativo (valor predictivo negativo). Los valores predictivos dependen de la sensibilidad, de la especificidad y de la prevalencia de la condición estudiada.



Adaptado de: *Argimón Pallás y Jiménez Villa, 1994; y Last, 1989.*

Valores. Principios morales, ideológicos, etc. que condicionan el comportamiento humano y a los que el grupo atribuye -por general consenso, colectiva o distributivamente- un determinado significado. Éste puede ser positivo o negativo. Las actitudes personales suelen reflejar el consenso del grupo respecto a los valores sociales, si bien éstos a su vez pueden influirlos y modificarlos.

Variable. Todo atributo, fenómeno o hecho que pueda tener diferentes valores. Cantidad que varía. Magnitud de interés que representa cada uno de los elementos de un conjunto, tal que todo elemento del conjunto es un valor de la variable. Un factor o característica de una intervención, de un participante o del contexto que puede influir o estar relacionado con la posibilidad de conseguir resultados intermedios o a largo plazo.

Adaptado de: *Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y CSAP, 2001a.*

Variable dependiente. Variable cuyo valor depende del efecto de otra(s) variable(s) independiente(s) en la relación sometida a estudio. Manifestación o resultado cuya variación se trata de explicar o justificar por la influencia de variables independientes. En estadística, define a la variable que puede predecirse mediante una ecuación. Es la variable aleatoria.

Adaptado de: *Last, 1989; y Pineault y Daveluy, 1989.*

Variable independiente. Característica, observada o medida, de la que se supone una influencia sobre un hecho o manifestación la(s) variable(s) dependiente(s), dentro de un área de relaciones en estudio. En estadística, define a una entre varias variables (si es que existe más de una) que permite predecir el valor de la variable dependiente.

Adaptado de: *Last, 1989; y Pineault y Daveluy, 1989.*

Variable intermedia. Variable que aparece en una vía causal desde una variable independiente a otra dependiente. Produce cambios en la variable dependiente, es modificada por la independiente y se asocia estadísticamente a ambas. Es sinónimo de Variable Contingente, Interventora (causal) y Mediadora.

Adaptado de: *Last, 1989.*

Variable interviniente. Variable cuyo valor se manipula para observar los efectos que se producen sobre la variable de desenlace, mientras se controlan las influencias del resto de variables. Es sinónimo de Variable Intermedia.

Adaptado de: *Last, 1989; y Hulley y Cummings, 1993.*

Variaciones sanitarias relacionadas con las drogas. Características de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente), que pueden utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud o de problemas sanitarios, de los cambios de las tendencias, de la disponibilidad de recursos, o de las conductas y acciones relacionadas con la salud de individuos o poblaciones. Como ejemplos podemos tener: la utilización de servicios de urgencias, la mortalidad aguda por consumo de dro-



gas, los centros de tratamiento y sus modalidades, los problemas sanitarios o sociales relacionados con el alcohol y el tabaco, las enfermedades asociadas al uso de drogas (como SIDA, hepatitis C, etc).

Adaptado de: OMS, 1999.

Variables socio-demográficas relacionadas con las drogas. Características de la población, influencias o tendencias sociales que afectan a los comportamientos, riesgos y actitudes relacionados con el consumo de drogas. Indicador de un aspecto social que se ha medido a lo largo del tiempo. Variables socio-demográficas típicas son: edad, sexo, grupo étnico, nivel económico, nivel de estudios, situación laboral, etc., pero también el rendimiento escolar, el área geográfica, los lugares de consumo de drogas, las condiciones de la vivienda, el rendimiento escolar, etc.

Basado en: CSAP, 2001a.

Ver: Indicador

Varianza. Medida de la variación que muestran los valores en una serie de observaciones. Su fórmula corresponde a la suma de los cuadrados de las desviaciones a partir de la media en el numerador y en el denominador los grados de libertad de la serie.

Adaptado de: Last, 1989; y Domènech i Massons, 1982.

Vínculo social. La vinculación social es una prometedora línea de trabajo en prevención, basada en el hallazgo de que los jóvenes que establecen vínculos con las normas y los valores sociales es menos probable que consuman tabaco, alcohol u otras drogas. Los elementos de la vinculación social que contribuyen a prevenir el consumo de drogas son:

- Apego a los padres.
- Compromiso con la escuela y la educación.
- Participación regular en actividades religiosas.
- Creencia en las expectativas, normas y valores de la sociedad.

Contrariamente, las cualidades que se relacionan con el consumo de drogas y que caracterizan a los jóvenes que no presentan vinculación social son:

- Alejamiento de los valores dominantes y de las normas sociales.
- Baja religiosidad.
- Rebeldía.
- Alta tolerancia a la desviación.
- Resistencia a la autoridad tradicional.
- Una fuerte necesidad de independencia.

La investigación sobre la vinculación social ha permitido centrar los esfuerzos en la familia, el grupo de iguales, la escuela y la comunidad como ámbitos importantes para la prevención. Aumentar las oportunidades, las habilidades y los refuerzos para lograr una implicación social positiva incrementa la probabilidad de que los jóvenes desarrollen una adecuada vinculación social.

Tomado de: CSAP, 1993.



Violencia relacionada con las drogas. Según datos del CSAP, el consumo de alcohol y otras drogas está asociado aproximadamente con el 50 % de casos de malos tratos al cónyuge, el 49 % de homicidios, 38 % de casos de malos tratos a menores y el 52 % de violaciones. Entre las distintas drogas, el alcohol es la sustancia más relacionada con la violencia doméstica, los asaltos, homicidios y suicidios. Cuando se plantea la relación de las drogas con la violencia, generalmente se asume que es el consumidor quien se hace violento. Sin embargo, muchos estudios sobre drogas y violencia tienen que ver con la víctima y no tanto con la persona que perpetra un acto violento. La relación entre violencia y uso de alcohol y otras drogas es muy compleja. Los efectos farmacológicos de estas sustancias, las expectativas personales y culturales, el ambiente y los factores individuales influyen en el vínculo entre drogas y violencia. Sin embargo, algunos estudios han mostrado que, generalmente, la violencia relacionada con las drogas se asocia con desacuerdos en las transacciones individuales de droga o con la competencia territorial entre los traficantes.

Las calles, los hogares y las escuelas se ven también afectados por la violencia asociada al consumo de drogas. Los malos tratos o el abandono de menores, las pobres experiencias de socialización, la falta de oportunidades económicas o educativas, la desorganización comunitaria o las reacciones físicas a determinados tipos de drogas son factores que a menudo están relacionados con la violencia vinculada al consumo de drogas. Puesto que no hay respuestas sencillas al problema de la violencia vinculada al consumo de drogas, la única forma efectiva de reducir estos problemas es a través del desarrollo de programas de prevención que afrontan, de una manera amplia, los aspectos sociales, económicos y ambientales que subyacen al consumo de drogas.

Tomado de: CSAP, 1993.

Bibliografía

AENOR. 2000. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario (ISO 9000:2000). Madrid: Asociación Española de Normalización y Certificación.

Alfonso, M. e Ibáñez, P. 1987. Drogas y toxicomanías. Madrid: Narcea.

Alonso, C., Bayón, F., Colao, P., Compadre, A., Palomino, J., Sainz de Aja, M.L., Salarich, L. y Sanz, C. 2001. Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Alonso, C., Cembranos, F., Lamata, R. y Medina, J.A. 2001. PIDE. Programa integral de desarrollo educativo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

American Psychiatric Association 1995. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Argimón Pallás, J.M. y Jiménez Villa, J. 1994. Métodos de Investigación. Aplicados a la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Ediciones Doyma.

Álvarez, F.J. y Del Río, M.C. 2001. Farmacología del alcohol. En G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo. Unidad 2. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Álvarez Nebreda, A.C. 1998. Glosario de Términos para la Administración y Gestión de los Servicios Sanitarios. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Alvira, F. 1999. Manual para la Elaboración y Evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

Ballard, R. 2002. School based drug-abuse prevention. A literature review. Vienna: UNDCP (documento no publicado).

Bandura, A. 1982. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.

Becoña, E. 1999. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Becoña, E. 2002. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

Camí, J. 2000. Las sustancias. Farmacología. En Grupo Igja (Coord). Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Madrid: Ayuntamiento de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Castanyer, O. 1996. La asertividad. Expresión de una sana autoestima. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Center for Applied Statistics. 2003. Editado por Valerie J. Easton & John H. McColl. En Línea: http://www.cas.lancs.ac.uk/glossary_v1.1/lphabet.html. (27-11-03).

CEPS. 2002 a. Materiales elaborados para los talleres del Curso: Calidad en Prevención: Avances Teóricos e Instrumentos Prácticos (Documento no publicado).

Bibliografía

CEPS. 2002 b. Listado de indicadores elaborados para el Curso: Calidad en Prevención: Avances Teóricos e Instrumentos Prácticos (Documento no publicado).

CEPS. 2002 c. Glosario de términos del cuestionario Idea-Prevención. En línea: <http://www.idea-prevencion.org/docs/glosario.doc> (29.11.2002).

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 1998. Catálogo de especialidades farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Costa, J.R., Damiano, A. y Rubio, R. 1992. La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cruzado, J.A. 1995. Técnicas de modelado. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz (Eds.). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.

CSAP. 1993. Prevention Primer. An Encyclopaedia of alcohol, tobacco, and other drug prevention terms. Rockville: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.

CSAP. 2000. Understanding Substance Abuse Prevention. Toward the 21st Century: A Primer on Effective Programs. Rockville: SAMHSA.

CSAP. 2001 a. Science-based Substance Abuse Prevention: A guide. SAMHSA: Rockville.

CSAP. 2001 b. Prevention works. A practioner's Guide to Achieving Outcomes. Rockville: SAMHSA.

CSAP. 2001 c. Finding the balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention: a State-of-the Art Review. SAMHSA: Rockville.

CSAP. 2002. Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention. Chapter I: Determine prevention needs and assets. SAMHSA: Rockville.

De Domingo, J. y Arranz, A. 1997. Calidad y mejora continua. San Sebastián: Editorial Donostiarra.

Del Pozo Iribarría, J., Suelves Joanich, J.M., Salvador Llivina, T. 2004. Drogodependencias. Guía para la transferencia de tecnología en la práctica clínica y asistencial. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Dohner, V.A. 1972. Alternatives to drugs: A new approach to drug education. Journal of Drug Education, 2(1): 3-22.

Domènech i Massons, J.M. 1982. Bioestadística. Métodos Estadísticos para Investigadores. Barcelona: Editorial Herder.

Domènech i Massons, J.M. 1998. Análisis Multivariante en Ciencias de la Salud. Barcelona: Editorial Signo.

Bibliografía

EMCDDA. 1998. Evaluating Drug Prevention in the European Union. Luxemburg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Glindemann KE, Geller ES, Chevaillier CR, Pettinger CB. 1998. A community-based feedback process for disseminating pedestrian BAC levels. En: Shore er y Ferrari JR Editors: Preventing drug driving. Binghamton: The Haworth Press.

Gordon, RS. 1983. An operational classification of disease prevention. Public Health Report, 98(2): 107-109.

Graña, J.L. 1994. Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Debate.

Green LW y Kreuter M. 1991. Health Promotion Planning. An educational and environmental approach. Mountain View: Mayfiel Publishing Company.

Grupo Igía. 1989. El medio escolar y la prevención de las drogodependencias. Informe para el profesorado. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Hawe P, Degeling D, Hall J. 1993. Evaluación en Promoción de la Salud. Guía para Trabajadores de la Salud. Barcelona: Ediciones Masson.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. 1995. Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw-Hill.

Hulley, S.B., Cummings, S.R. 1993. Diseño de la Investigación Clínica. Un Enfoque Epidemiológico. Barcelona: Ediciones Doyma.

IARC. 2002. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monograph Series. Vol. 83. Lyon: IARC. En línea: <http://193.51.164.11/htdocs/indexes/vol83index.html> (28.09.2003).

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. 1996. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Koob, G.F., Sanna PP, y Bloom F.E. 1998. Neuroscience of Addiction. Neuron. 21: 467-476

Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. 1995. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.

Last, J.M. 1989. Diccionario de epidemiología. Barcelona: Salvat Editores SA.

Litter, M. 1976. Compendio de farmacología. Barcelona: El Ateneo.

Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Lence, M. 1999. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio del Interior.

MacMahon, B., Pugh, T.F. 1978. Principios y métodos de Epidemiología. México: La Prensa Médica Mexicana.

Markez, I., Póo, M., Merino, C. y Romera, C. 2002. Cannabis: de la salud y del derecho: acerca de

Bibliografía

los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Martínez, M. y Rubio, G. 2001. Marcadores biológicos del alcoholismo. En G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo, Unidad 5. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

McKay, M. y Fanning, P. 1991. Autoestima. Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca.

Méndez, S., Prat, C., Loureiro, C., Prieto, M.J., Alemany, E., de Mendoza, A., Rodríguez, M.A. y Alonso, C. 2000. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Manual de prevención. Madrid: Ayuntamiento de Madrid y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

NIDA. 1995. Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

NIDA. 1997a. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. Rockville: NIDA.

NIDA. 1997b. Drug abuse prevention: What works. Rockville: NIDA.

Nieda, J. 1992. Transversales. Educación para la Salud. Educación sexual. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Observatorio Español sobre Drogas. 1999. Informe nº 2. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Ochoa, E. 2001. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la naltrexona. Barcelona: Psiquiatría Editores.

Olivares, J. y Méndez, F.X. 1999. Técnicas de modificación de conducta (2ª ed. revisada. Madrid: Biblioteca Nueva.

OMS. 1999. Promoción de la Salud. Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ortiz de Anda, M.A. 1998. Estrategias para la prevención comunitaria de las drogodependencias. En J.A. García-Rodríguez y C. López (Eds). Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias. Madrid: Síntesis.

Palmer, R.H. 1990. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pineault, R., Daveluy, C. 1989. La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos y Estrategias. Barcelona: Ediciones Masson.

Real Academia Española. 1992. Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia Española.

Reeve, J. 1994. Motivación y emoción. Madrid: McGraw-Hill.

Bibliografía

Reina, F. 1988. Alcoholismos diferenciales. En P.A. Soler Insa, F. Freixa, F. Reina y cols. Trastorno por dependencia del alcohol. Madrid: Laboratorios Delagrangue.

Rodríguez-Martos, A. 2000. Curso de formación sobre prevención y tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Ediciones Doyma.

Rodríguez-Martos, A. 2001. Intervenciones breves en trastornos por uso de alcohol. En G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Unidad 8.

Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J.M., y Del Pozo Iribarría, J. 2003. Manual para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las drogas desde el medio laboral. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

Salvador Llivina, T., Alosno Viteri, S., Orpella García, X., Plana Almuni, P. 2003. Manual de intervención sobre tabaquismo en el medio laboral. Trabajar "En Compañí@" por una empresa Libre de Humo. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud y GlaxoSmithkline.

Sánchez, L. 1996. Manual para profesionales de los servicios de salud laboral. Madrid: Editorial Mapfre.

Sequeros, F. 2000. El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico. Evolución normativa, doctrinal y jurisprudencial. Madrid: La Ley-Actualidad.

Sevillano, M.L. y Rubio, G. 2001. Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Unidad 4.

Shaffer, D. 2002. Desarrollo social de la personalidad (4ªed). Madrid: Thomson.

Stahl, S.M. 1998. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel.

Stockley, D. y Edex Kolektiboa. 1997. Drogas. Guía ilustrada para agentes de policía. Bilbao: FAD y Edex Kolektiboa.

Torjman Sherri, R. 1986. Prevention in the Drug Field. Monograph 1. Essential Concepts and Strategies. Toronto: Addiction Research Foundation.

UNDCP. 2000. Demand Reduction. A glosary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

Vander Zanden, J.W. 1995. Manual de Psicología social. Barcelona: Paidós.

Weiss CH. 1998. Evaluation. Second Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

WHO. 1984. Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Bibliografía

WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. En línea: <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm> (15.09.2001).

WHO. 1994. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenhagen: World Health Organization.

Edita

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud



Financia

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

