



Universidad Miguel Hernández
Departamento de Psicología de la Salud

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y
FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE
DROGAS DE INICIACIÓN EN ADOLESCENTES**

Tesis Doctoral presentada para optar al grado de Doctor por:

D. José Pedro Alfonso Pérez

Directores:

Dr. José P. Espada Sánchez

Dra. Tania B. Huedo Medina

Elche, julio de 2008

AGRADECIMIENTOS

Antes de pasar a exponer mi Tesis Doctoral, quisiera dedicar unas palabras a todas aquellas personas que me han ayudado de una u otra manera en su creación, desarrollo y finalización.

En primer lugar, me gustaría agradecer a los directores de la presente Tesis doctoral su ayuda y consejo. A José Pedro Espada. Siempre has estado presente y así lo he sentido asesorando y apoyándome cuando lo he necesitado. Guía y compañero sin cuya claridad explicativa esta tesis hubiera adolecido de luz. Por tu confianza en mí y tu aliento esclarecedor.

A Tania B. Huedo-Medina, guía y compañera en la distancia desde la Universidad de Connecticut por los intrincados vericuetos de las ciencias matemáticas y estadísticas. Por tu enorme profesionalidad, y me quedo corto en el adjetivo.

Aunque ya conocía de primera mano por mi labor profesional el campo de la drogodependencia en adolescentes, es a través de este trabajo cuando más vivamente he sentido la necesidad de un profundo análisis –que ya existe por parte de la comunidad científica– y de una implementación holística de los datos que se van encontrando y que espero que los resultados obtenidos sean de utilidad a éste respecto.

También me gustaría reconocer la colaboración de todos los estudiantes de psicología que han colaborado en el pase de cuestionarios y en la corrección así como a los profesionales de los Centros de Enseñanza en los que se ha llevado a cabo esta investigación y que nos han ayudado y apoyado en la organización, que por cierto, no ha sido una tarea sencilla. Por supuesto hemos contado con la inestimable participación de los jóvenes que nos han dado su sincera opinión y han compartido con nosotros sus experiencias, sin cuya ayuda esta investigación no hubiera podido realizarse.

Quiero especialmente mencionar al Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández. Estar y pertenecer laboralmente a un grupo humano tan entregado me ha devuelto la confianza en el trabajo y en la capacidad de esfuerzo para crecer desde una dinámica tan envolvente y agradable.

De justicia con mayúsculas es reconocer a mi entregado amigo -y más-, José Luis Lizán, que era ingeniero sin título y hasta sin saberlo pero que la esforzada perseverancia de la verdad de la vida ha ido ubicando en su sitio. Tu contribución a que ésta tesis exista como tal y sea susceptible de ser leída no es algo anecdótico. Gracias. Gracias por tu claridad. Gracias por toda tu ayuda. Y sobre todo, gracias por haber estado ahí.

Durante estos años de realización del doctorado he tenido en todo momento el ánimo y la ayuda de mi familia que ha compartido conmigo todo el camino hasta la realización de la tesis y que me han apoyado de forma constante. Especialmente a mi esposa Cristina a la que quiero agradecerle profundamente la paciencia y amor que me ha demostrado adaptando la realización de los pequeñas y grandes avatares cotidianos a mis extemporáneos horarios de trabajo en el proyecto, por un objetivo que toca ya a su cumplimiento.

Este recordatorio no tendría sentido sin el ofrecimiento de mi trabajo, -todo él-, a la persona que se me ha ofrecido como regalo de Dios y con la que aprendo, disfruto y crezco, mientras cotidianamente tejemos nuestra mutua existencia. A Paula. Que su generación no se contamine, como sí lo han hecho otras con el tema objeto de mi estudio. Que nada logre empañar la desenfadada y adorable rebeldía de sus tres años. Tú sí eres realmente mi tesis doctoral y más; el proyecto de mi vida.

A mi familia. A la familia.

Finalmente quiero recoger en ésta humilde nota unas breves referencias de la Santa Biblia, en concreto de los Proverbios.

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

Pregón de la Sabiduría

¿Hasta cuando, vosotros, necios, odiareis el saber?

Despreciasteis mis consejos,

No aceptasteis mis advertencias.

Entonces me llamarán y no responderé,

Me buscarán y no me encontrarán.

Comerán el fruto de sus acciones

y se saciarán de sus planes,

su propia rebeldía matará a los simples,

la despreocupación perderá a los insensatos.

Prov. 1. (22, 25, 28-32)

Índice

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	1
1.1. INTRODUCCIÓN	3
1.2. MARCO CONCEPTUAL APLICADO A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	7
1.2.1. Consumo de sustancias psicoactivas	8
1.2.2. Dependencias	8
1.2.3. Consumo abusivo de sustancias	8
1.2.4. Fases de experimentación	9
2. PREVALENCIA DEL CONSUMO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE	13
2.1. PREVALENCIA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SUSTANCIA.....	15
2.1.1. Tabaco.....	26
2.1.2. Alcohol.....	27
2.1.3. Cannabis.....	32
2.2. RESUMEN.....	35
3. BASES TEÓRICAS DE LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS	39
3.1. INTRODUCCIÓN.....	41
3.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL ABUSO DE DROGAS DE RELEVANCIA PARA LA PREVENCIÓN	43
3.2.1. Teoría de la conducta problemática	44
3.2.2. Teoría del aprendizaje social.....	45
3.2.3. Teoría de las etapas	46
3.2.4. Modelo biopsicosocial	47
3.2.5. Modelo de estrés social.....	47
3.2.6. Teoría de la influencia triádica.....	48
3.2.7. Modelo comprensivo y secuencial.....	49
3.3. APROXIMACIONES CLÁSICAS A LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS.....	52
3.3.1. Enfoques tradicionales	53
3.3.1.1. Educación informativa	54
3.3.1.2. Educación afectiva	55
3.3.1.3. Fomento de actividades alternativas.....	55
3.3.1.4. Valoración de los enfoques tradicionales.....	56

3.3.1.4.1. Enfoques informativos.....	56
3.3.1.4.2. Enfoques afectivos y alternativos	60
3.3.2. Enfoques psicosociales.....	62
3.3.2.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas	63
3.3.2.1.1. Inoculación psicológica	63
3.3.2.1.2. Habilidades de resistencia a la influencia social.....	64
3.3.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales y personales	66
3.3.2.2.1. Programa de entrenamiento en habilidades cognitivo conductuales .	68
3.3.2.2.2. Programa de entrenamiento en habilidades vitales.....	69
3.3.2.3. Eficacia de los programas.....	70
3.3.2.3.1. Limitaciones prácticas.....	78
3.3.2.3.2. Problemas metodológicos.....	79
3.3.3. Otros enfoques.....	80
3.3.3.1. Enfoques desde los medios de comunicación.....	80
3.3.3.2. Enfoques comunitarios.....	83

4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES..... 87

4.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO	89
4.2. CONCEPTUALIZACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	92
4.2.1. Definición.....	92
4.2.2. Carácter multidimensional.....	92
4.2.3. Factores de riesgo/protección: relación con el consumo de drogas	93
4.3. DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS	95
4.4. PRINCIPIOS GENERALES	96
4.5. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	97
4.5.1. Factores ambientales/contextuales.....	99
4.5.1.1. Leyes y normas favorables hacia la conducta.....	99
4.5.1.2. Disponibilidad de la droga.....	101
4.5.1.3. Estatus socioeconómico.....	102
4.5.1.4. Lugar de residencia	103
4.5.1.5. Desorganización del barrio	104
4.5.1.6. Delincuencia y criminalidad.....	105
4.5.2. Factores individuales	106
4.5.2.1. Factores genéticos.....	106
4.5.2.1.1. Estudios fisiológico/bioquímicos	106
4.5.2.1.2. Estudios con familias	107
4.5.2.1.3. Estudios con gemelos	110
4.5.2.1.4. Estudios de adopción.....	111

4.5.2.2. Factores biológico-evolutivos	113
4.5.2.3. Factores psicológicos.....	116
4.5.2.3.1. Depresión y ansiedad	118
4.5.2.3.2. Características de personalidad	122
4.5.2.3.3. Actitudes favorables hacia la droga	129
4.5.2.3.4. Ausencia de valores ético-morales.....	133
4.5.2.4. Factores de socialización	139
4.5.2.4.1. Factores familiares	140
4.5.2.4.2. Factores relacionados con la influencia del grupo de iguales...	178
4.5.2.4.3. Factores escolares	185
4.6. ESTUDIOS ESPAÑOLES SOBRE FACTORES DE RIESGO	189
4.7. IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO	192
4.8. CONCLUSIONES SOBRE EL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	195

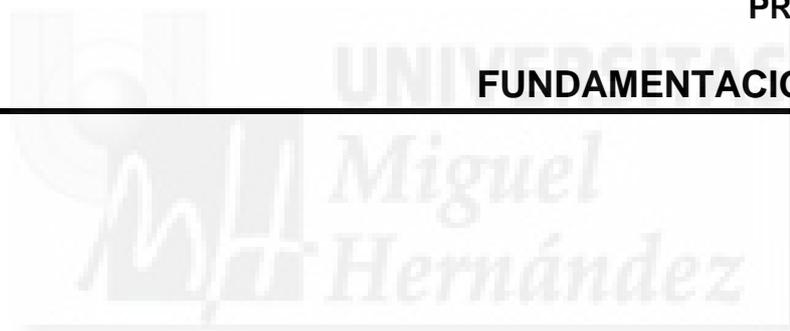
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	201
5.1. OBJETIVOS.....	205
5.2. HIPÓTESIS.....	208
6. MÉTODO	211
6.1. PARTICIPANTES	213
6.2. INSTRUMENTOS	213
6.3. PROCEDIMIENTO	218
6.4. VARIABLES.....	220
6.5. ANÁLISIS DE DATOS	223
7. RESULTADOS	227
7.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO	229
7.2. PREDICCIÓN DEL CONSUMO	231
7.2.1. Análisis del consumo de tabaco	231
7.2.1.1. Análisis univariante.....	231
7.2.1.2. Análisis multivariante	233
7.2.1.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores	233
7.2.1.2.2. Variables sociodemográficas.....	234
7.2.1.2.3. Variables de socialización	235
7.2.1.2.4. Modelo integrador.....	236
7.2.1.3. Análisis de discriminación	238
7.2.1.3.1. Modelo integrador de las variables cuantitativas	243
7.2.2. Análisis del consumo de alcohol	245

7.2.2.1. Análisis univariante	246
7.2.2.2. Análisis multivariante	248
7.2.2.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores	248
7.2.2.2.2. Variables sociodemográficas	248
7.2.2.2.3. Variables de socialización	249
7.2.2.2.4. Modelo integrador	251
7.2.2.3. Análisis de discriminación	254
7.2.2.3.1. Modelo integrador	259
7.2.3. Análisis del consumo de cannabis	261
7.2.3.1. Modelos univariantes de consumo de cannabis	261
7.2.3.2. Análisis multivariante	264
7.2.3.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores	264
7.2.3.2.2. Variables sociodemográficas	264
7.2.3.2.3. Variables de socialización	265
7.2.3.2.4. Modelo integrador	267
7.2.3.3. Análisis de discriminación	268
7.2.3.3.1. Modelo integrador de las variables cuantitativas	271
8. DISCUSIÓN	275
9. CONCLUSIONES Y LINEAS DE FUTURO	303
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	317
APÉNDICE	357

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



CAPÍTULO 1
EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES



1.1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad las repercusiones que genera el consumo de drogas legales en las sociedades industrializadas están provocando una gran preocupación social. Aunque el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia, es en las últimas décadas cuando se presenta con una nueva dimensión. La disponibilidad y aceptación social de las drogas legales han contribuido a que se conviertan en las sustancias adictivas más utilizadas por la mayoría de la población española. En esta línea es necesario destacar los nuevos patrones de consumo en los adolescentes, manteniendo una prevalencia incrementada del consumo en los últimos años (Becoña, 2000).

Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal, de independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas (Sussman, Unger y Dent, 2004). Las repercusiones de este consumo en la etapa de crecimiento son considerables, provocando consecuencias tanto físicas como psicológicas. Entre los problemas derivados del abuso de alcohol en la adolescencia, la revisión realizada por Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003a) recoge problemas de salud (intoxicación etílica), problemas escolares, sexo no planificado, problemas legales, problemas afectivos y consumo de otras drogas. Este último factor es especialmente significativo, ya que el inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo y puente para iniciarse en el uso o abuso de drogas ilegales (Becoña, 2000; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

El contacto de los escolares con las drogas aparece cada vez a edades más tempranas (Martínez-González et al., 2003). El tabaco es la sustancia con la que los estudiantes de Secundaria tienen un contacto más precoz, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13,2 años, seguido del alcohol con 13,6 años. Esta situación ha llevado a centrar los programas de prevención en grupos de edad cada vez menores. Además, la naturaleza multicausal del abuso de sustancias en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección (National Institute on Drug Abuse, 1997; Sussman et al., 2004). En este sentido, para que

dichas intervenciones sean eficaces es necesario que se fundamenten en modelos teóricos consistentes avalados por datos empíricos que determinen las variables relevantes del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco y alcohol (Arbinaga, 2002; Espada, Rosa y Méndez, 2003).

Son numerosos los estudios que tratan de detectar los posibles factores de protección y de riesgo en el consumo de alcohol y tabaco (Arbinaga, 2002; González, Navarro y Salvador, 1998; Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Jones y Heaven, 1998; Kirkcaldy, Siefen, Surall y Bischoff, 2004; Martínez-González y Robles-Lozano, 2001). La revisión efectuada por González, García-Señorán y González (1996) analizó, entre otros, los factores individuales que se relacionan con el consumo y/o abuso de drogas en la adolescencia, entre los que destacó la edad y precocidad del inicio, los rasgos de personalidad (búsqueda de sensaciones), baja autoestima o autoconcepto, locus de control externo, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos y oréticos (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas) y aparición de problemas conductuales. Otros trabajos tratan de descubrir la relación entre consumo de drogas legales y variables psicosociales específicas como la influencia del grupo de iguales (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Sussman et al., 2004), el afecto y supervisión parental (Martínez et al., 2003), el ambiente escolar (Alonso y Del Barrio, 1996b), la personalidad (Abu-Shams, et al., 1998), la ansiedad rasgo (Becoña y Míguez, 2004), el estrés (Becoña, 2003), el autoconcepto (Abu-Shams et al., 1997), la impulsividad (Llorens, Palmer y Perelló, 2005) y las habilidades sociales (Felipe, León, Gonzalo y Muñoz, 2004). Entre las variables predictoras de este tipo de conductas aparece un patrón de personalidad caracterizado por altos niveles de psicoticismo, neuroticismo e introversión (Teasdale, Segraves y Zacune, 1971), la presencia de un temperamento descontrolado, rebelde, hostil, autoindulgente y manipulador (Jones, 1971), una tendencia fuerte hacia la búsqueda de sensaciones (Alonso y Del Barrio, 1996) y la presencia de impulsividad y agresividad (Michel, Puper-Ouakil y Mouren-Siméoni, 2001). Otros estudios han examinado la relevancia de la autoestima del adolescente como factor de riesgo. Así, el trabajo desarrollado por Jones y Heaven (1998) identificó la autoestima como predictor significativo del consumo de tabaco, el de Alonso y Del Barrio (1996a) encontró una fuerte relación entre bajos niveles de autoestima y consumo de drogas legales en una muestra española y, finalmente, el efectuado por Wild, Flisher, Bhana y Lombard (2004) destacó la relación significativa entre bajos

índices en las subescalas de autoconcepto escolar y familiar y el consumo de alcohol y tabaco.

Otro tipo de variables psicosociales han sido estudiadas en el marco de los programas preventivos del abuso de drogas. Las habilidades sociales se han distinguido como factores potentes de protección en el inicio del consumo de drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003b), siendo incluidas en numerosos programas de prevención escolar como pilar básico. Algunas de ellas que aparecen en programas preventivos son la escucha activa, la expresión de opiniones y sentimientos positivos, tratando de dotar a los estudiantes de habilidades de protección mediante un procedimiento interactivo frente al riesgo de consumo. Los estudios metaanalíticos revelan que los programas de prevención contribuyen eficazmente al desarrollo de habilidades sociales obteniendo tamaños del efecto moderados (Espada, Rosa, et al., 2003; Tobler, 1986).

Dentro de la disciplina de estudio también han sido analizados factores psicopatológicos que median el consumo de tóxicos en la adolescencia. En esta línea, Michel et al. (2001) identificaron dos tipos de factores psicopatológicos; los externalizados (problemas de conducta y problemas de hiperactividad con déficit de atención) e internalizados (depresión y ansiedad).

La disponibilidad y aceptación social del tabaco y el alcohol y más recientemente del cannabis entre los adolescentes han contribuido a que este tipo de drogas sean consumidas por una amplia mayoría de la población española.

El consumo elevado de drogas durante el periodo de crecimiento conlleva numerosas repercusiones negativas sobre la salud física y psicológica de los jóvenes, lo que genera una gran preocupación social en la actualidad.

La naturaleza multicausal del uso y abuso de drogas legales en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección (Martínez-González et al., 2003; Sussman et al., 2004). A su vez, para que estas intervenciones resulten eficaces es necesario que se fundamenten en modelos teóricos consistentes avalados por datos empíricos que determinen las variables con mayor capacidad discriminativa y predictiva del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, alcohol (Espada, Rosa y Méndez, 2003) además de cannabis. La revisión realizada a partir de cinco estudios nacionales y 52 internacionales desarrollados

en la última década relativos a la identificación de los factores de riesgo y protección asociados al consumo de tabaco y alcohol en muestras comunitarias de estudiantes de Educación Secundaria, en los que se ha empleado como técnica analítica la regresión logística, revela que el uso y abuso de drogas legales en este período del ciclo vital se encuentran estrechamente relacionados con el consumo recíproco de estas sustancias y el consumo de drogas ilegales, variables personales (etnia, género, edad/cursó académico, rasgos de personalidad, creencias religiosas e ideológicas, actitudes y expectativas frente al consumo y trastornos internalizantes versus externalizantes), el entorno social y familiar (estatus socioeconómico, rendimiento académico, consumo de drogas legales e ilegales por familiares e iguales, estilos parentales, calidad en las relaciones familiares y simultaneidad de estudios y trabajo) y la gestión de la vida.

Cuando hablamos de drogodependencias utilizamos términos como dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, que resultan relevantes en la población adulta o etiquetas como “drogadicto”, “alcohólico”. No obstante, si nos centramos en la población adolescente, debemos incluir una serie de matices en dichas conceptualizaciones al tratarse este período, en la mayoría de los casos, de una fase de experimentación e iniciación en el mundo de las drogas. Además no hay que olvidarse de las características peculiares y únicas de la adolescencia marcada por importantes y rápidos cambios en un momento de la vida en que se producen la mayor parte de las experiencias con las drogas. Aunque en la mayoría de los casos, exceptuando el tabaco, los adolescentes pasarán esta fase novedosa sin mayores complicaciones, otros muchos requerirán en un corto espacio de tiempo algún tipo de asistencia o atención médicosanitaria.

A continuación se exponen los términos más frecuentemente utilizados por las investigaciones que se centran en el consumo de los adolescentes, así como las fases de experimentación por la que éstos progresan en el mismo y que son relevantes a la hora de evaluar la gravedad del problema y la necesidad de intervención.

1.2. MARCO CONCEPTUAL APLICADO A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

A la hora de manejar la información relativa al consumo de drogas por parte de los jóvenes adolescentes es necesario considerar ciertos matices de aquellos conceptos que van a ser utilizados para su análisis y que difieren, en alguna medida, de aquéllos que, normalmente, se utilizan para la población adulta.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que la adolescencia es una etapa en la que se suceden importantes y rápidos cambios y se producen la mayor parte de las experiencias y los contactos con las drogas. Así pues, los trastornos adictivos relacionados con la nicotina, el alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas van a surgir en este período a pesar de que, en la mayoría de los casos y a excepción del consumo de tabaco, los adolescentes suelen pasar esta fase novedosa sin mayores complicaciones, desarrollando hábitos sanos con un consumo limitado.

De cualquier forma, sí existe un grupo importante de jóvenes que van a tener problemas serios con el consumo de drogas y que requerirán atención médico-sanitaria en un futuro no muy lejano. En todo caso, hablamos de una etapa de experimentación o iniciación en el consumo que suele instaurarse y consolidarse en la etapa adulta. Por ello, al contrario de lo que sucede en los adultos y a pesar de que las sustancias que consumen los adolescentes son, en la mayoría de los casos, las mismas que en este sector de la población, no es posible hablar, de forma genérica, de conceptos tales como la dependencia física o el desarrollo de síndromes de abstinencia y tolerancia al no ser éstos los más frecuentes en los jóvenes consumidores.

En este sentido, no suelen utilizarse etiquetas diagnósticas como "alcohólico" o "drogadicto", siendo más apropiados para este sector poblacional otros tales como "consumo problemático" o "consumo abusivo" en el caso de que, como veremos, se trate de una conducta reiterada y que conduzca a graves problemas de salud o sociales. Por este motivo, en el presente apartado se definen brevemente algunos de los términos más comunes utilizados en la investigación centrada en la población adolescente, a la vez que se exponen las fases por las que los jóvenes

suelen progresar en el consumo de sustancias, al ser éstas especialmente determinantes a la hora de evaluar la gravedad del problema y la necesidad de intervención directa.

1.2.1. Consumo de sustancias psicoactivas

Flynn (1994) define el consumo de drogas en la población adolescente como un consumo compulsivo y recurrente de cualquier sustancia química que conlleve consecuencias negativas en cualquier área de la vida o del desarrollo del joven como, por ejemplo: la salud, la familia y las relaciones sociales, el rendimiento escolar y/o laboral, los problemas económicos o legales y el desarrollo personal.

Cuando las consecuencias negativas se hacen más evidentes y dificultan seriamente el desarrollo del joven, tanto a nivel individual como social, hablamos de consumo abusivo que, como veremos más adelante, tiene connotaciones de mayor gravedad y, en aquellos casos en los que estas conductas de alto riesgo se mantienen en el tiempo, se necesitará con mucha probabilidad intervención clínica en cualquiera de sus vertientes.

1.2.2. Dependencias

La utilización de este término aplicado a los adolescentes suele provocar cierta confusión, ya que la dependencia física en este rango de la población suele ser inusual.

En este caso, el término "abuso de sustancias tóxicas" es más apropiado al ser más descriptivo y abarcar un mayor número de jóvenes que tienen problemas o dificultades serias provocadas por el consumo y que pueden necesitar ayuda.

1.2.3. Consumo abusivo de sustancias

En el caso de los adolescentes se sostiene que, sea cual sea la cantidad de drogas legales o ilegales consumida, debe ser considerada como inadecuada. Al utilizar este término estamos refiriéndonos a aquel consumo muy frecuente que puede interrumpir o tener consecuencias realmente negativas en la vida del adolescente. En este caso, no nos referimos a experiencias esporádicas con las

drogas, sino a un consumo cotidiano, como aquél que implica altas dosis o del aumento periódico de las mismas con el paso del tiempo. También se incluye en este concepto cualquier forma o tipo de consumo de sustancias químicas que pueda llegar a poner al joven en riesgo de padecer cualquier tipo de lesión física o psíquica grave como, por ejemplo, conducir bajo los efectos del alcohol o de las drogas.

1.2.4. Fases de experimentación

El consumo de drogas por parte del adolescente suele progresar a través de distintas etapas o fases desde una primera experiencia con sustancias de fácil acceso (p. ej., tabaco, cerveza, vino, licores) hasta el consumo más frecuente de otras de más difícil acceso y de mayor poder adictivo (Kandel, 1975). Aunque no es posible aplicar esta secuencia en todos los casos, sí parece ayudar a la hora de clasificar a los consumidores, de especificar el tipo de consumo que cada sujeto suele llevar a cabo y, finalmente, el momento y el lugar en el que es más necesario y oportuno intervenir, bien a través de programas de tratamiento o de prevención. Las fases más comunes utilizadas para estos fines según Kandel (Kandel, 1978; Kandel y Logan, 1984) son:

Fase 1: Experimentación

Se caracteriza principalmente por los siguientes aspectos: (a) se da frecuentemente en los últimos cursos de la enseñanza obligatoria; (b) el consumo no es habitual y generalmente se realiza mezclando tabaco, cerveza, licores o cannabis, aunque también pueden utilizarse inhalantes, fármacos de libre dispensación o cocaína, dependiendo de la disponibilidad de los mismos o del ambiente en el que el joven se mueve; (c) el joven tiene una baja tolerancia a estas drogas y, gracias a la experimentación, comienza a aprender y a manejar los efectos que tiene el consumo de esas sustancias psicoactivas sobre su estado de ánimo y sobre sus habilidades sociales o de interacción; (d) suele estar profundamente marcada por la influencia de la conducta familiar y de los iguales con respecto al consumo de sustancias. Aquellos jóvenes cuyos padres o amigos más cercanos son consumidores de tabaco, alcohol u otras drogas se iniciarán en la experimentación de las mismas más rápidamente que otros de sus compañeros al estimar que este tipo de conductas puede ser normal; y (e) por lo general, no

suele ocasionar consecuencias importantes, pero sí pueden suponer un paso hacia fases posteriores más graves.

Fase 2: Consumo abusivo temprano

Con frecuencia, este tipo de consumo suele estar caracterizado por la búsqueda reiterada por parte del adolescente de la consecución y mantenimiento de aquellos cambios importantes en su estado de ánimo o en su desenvolvimiento social (estimados de una forma positiva), que ha experimentado en una primera fase de acercamiento a las drogas. Suele definirse por los siguientes parámetros: (a) el establecimiento de un consumo regular focalizado, habitualmente, en los fines de semana y fiestas; (b) el aumento de la tolerancia y el consumo de otras drogas como sustancias alcohólicas de mayor graduación, estimulantes, alucinógenos y cocaína; (c) normalmente, el joven suele justificar el consumo bien para lograr el alivio de sentimientos negativos o bien para prepararse para algún acontecimiento social importante (ej., fiesta, interacciones con amigos o adolescentes del sexo opuesto) y, (d) suele ocasionar consecuencias más importantes como, por ejemplo, problemas académicos, absentismo escolar, cambios importantes en el estado de ánimo y reducción del círculo social, quedando restringido a amigos consumidores.

Fase 3: Abuso

Se caracteriza por un cambio importante en el comportamiento del joven que suele girar en torno a la droga y a los efectos perseguidos. Se define en función de las siguientes señales: (a) el joven dedica gran parte de su tiempo a pensar y preparar el consumo de sustancias que, en este momento, realiza tanto los fines de semana como a diario; (b) el núcleo de amistades se ha reducido a amigos o conocidos consumidores y sus actividades giran también en torno al consumo; (c) la tolerancia sigue aumentando y el adolescente se preocupa por estar bien suministrado en todo momento y comienza el consumo en solitario; (d) surgen problemas importantes con la familia; y (e) en general, las consecuencias suelen ser más serias y especialmente llamativas para el entorno del joven (ej., robos, lesiones físicas, pérdidas de consciencia, sobredosis, deterioro importante de la higiene personal, problemas legales).

Fase 4: Adicción

Ésta es la fase final en la que se consolida una etapa de deterioro grave en la que el adolescente se encuentra inmerso en el proceso adictivo de la misma forma que el adulto. Las características más relevantes de esta etapa son: (a) el joven hace un uso compulsivo y recurrente de las drogas a diario; (b) necesita los efectos provocados por el consumo para sentirse plenamente normal y sigue consumiendo a pesar del deterioro personal, familiar o social; (c) se realiza un policonsumo en el que se hace uso de varias sustancias a la vez, permaneciendo bajo sus efectos incluso durante varios días; y (d) las consecuencias del abuso de drogas suelen ser muy graves, tanto para el propio joven como para los que le rodean. En este sentido, se puede hablar, por ejemplo, de la realización de actos criminales, el tráfico de drogas, presencia de síntomas de abstinencia y/o intentos suicidas.



CAPÍTULO 2
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN
ADOLESCENTE



2.1. PREVALENCIA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SUSTANCIA

El informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (Plan Nacional sobre Drogas 2006-2007) pone de manifiesto el hecho de que tras varios años consecutivos de aumento del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, se ha producido una sensible reducción y desaceleración del consumo de la mayoría de las sustancias en población juvenil (15-18 años). El informe concluye con los siguientes puntos:

1º) Al igual que en años anteriores, en 2006 y 2007 las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista, fue de 58%, 27,8%, y 20,1%, respectivamente (Tabla 2.1). El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 6% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 2,3% la proporción de consumidores actuales.

2º) Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína. Estas dos últimas sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años.

De los datos anteriores cabe destacar el alto consumo de alcohol, que en una parte de los casos consiste en bebidas de alta graduación durante los fines de semana, conformando el nuevo patrón de consumo que clásicamente se consideraba anglosajón (una alta ingestión de bebidas alcohólicas en un corto período de tiempo con la consecuencia en muchos casos de la borrachera). Parece que, en pocos años, este patrón de consumo será también el nuestro, a diferencia del estilo de beber latino/ mediterráneo (dosis bajas, habitualmente de vino, todos los días).

Al consumo de alcohol le sigue el consumo de tabaco, asociado en los adolescentes a una publicidad incisiva y orientada especialmente por las compañías tabaqueras para conseguir nuevos adictos ante las personas de mediana edad que dejan de fumar por sus problemas de salud o por recomendación médica.

A corta distancia del tabaco se encuentra el uso de cannabis, que se ha ido convirtiendo en una droga casi normalizada, por el alto nivel de consumo en jóvenes, una cultura específica que lo rodea y cierta industria a su alrededor (revistas, productos, música, etc.) (Véase la Tabla 2.1).

Los datos extraídos de la última encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas (2006-2007) informan de las tendencias actuales en el consumo de drogas legales en población adolescente (14-18 años). El informe destaca que: a) el alcohol y el tabaco son la primera y segunda sustancia psicoactiva más consumida, con un 82% y 60,40% respectivamente de adolescentes que las han probado; b) los consumos de tabaco y alcohol son los que tienen una mayor continuidad o fidelización; c) el consumo de alcohol se concentra básicamente en el fin de semana (el 65,60% que consumió alcohol en los últimos 30 días restringió el mismo exclusivamente al fin de semana); d) el patrón de consumo de alcohol abusivo entre los adolescentes ha aumentado (la prevalencia de borracheras en los 30 días previos a la encuesta pasó de 20,70% en 1994 a 34,80% en 2004); e) las chicas consumen drogas legales con más frecuencia pero en menor cantidad que los chicos; f) el tabaquismo tiene una importante presencia entre los escolares, siendo fumadores diarios el 21,50% de los estudiantes; y g) existe una acentuación de las diferencias entre sexos respecto a la tasa de consumo de tabaco, siendo superior en las chicas, tendencia que parece confirmarse en el estudio realizado recientemente por Delgado et al. (2005).

Tabla 2.1. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2006.

<i>Prevalencia de consumo alguna vez en la vida.</i>	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
<i>Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses.</i>							
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
<i>Prevalencia de consumo en los últimos 30 días.</i>							
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información. FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Las drogas de consumo más extendido son el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal son los derivados cannábicos, la cocaína y el éxtasis, con prevalencia de consumo en los últimos 12 meses que superan el 1% (en concreto 11,2% en el caso del cannabis). Los datos más notorios de dicha encuesta escolar del PNSD (2006-2007) se resumen en los siguientes puntos:

1º) Edad media de inicio en el consumo

Se consume más temprano: tabaco (16,4 años), bebidas alcohólicas (16,7 años) y entre las sustancias de comercio ilegal el cannabis a 18,3 años de media. Se hace necesario recordar que la muestra de la encuesta la constituyen residentes de 15 a 64 años de hogares españoles. Ello explica las edades medias de inicio superiores a las observadas en otras encuestas de carácter estatal como la ESTUDES.

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2006 las sustancias que empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles (en este caso por una minoría) y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron

entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente) (Tabla 2.2). No hay variaciones significativas de la edad de inicio en el consumo por sexo. Tampoco hay variaciones significativas en la edad de inicio en la mayor parte de las drogas respecto a años anteriores, si bien en el caso de los tranquilizantes, la cocaína y las sustancias volátiles se comienza a consumir un poco antes, y la heroína un poco más tarde.

Tabla 2. 2. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (edad media en años), España 1994-2006.

<i>Prevalencia de consumo alguna vez en la vida.</i>	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,2
Tabaco (consumo diario)	---	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,5
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8
Alcohol (consumo semanal)	---	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,0

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

2º) Diferencias de género en el consumo de drogas

Salvo en tranquilizantes o sedantes, la prevalencia es siempre más alta entre hombres que entre mujeres. Destacan especialmente las diferencias en los últimos 30 días, en el uso de cannabis, donde por cada 3 consumidores varones hay una mujer (12,5% en hombres y 4,7% en mujeres) y en el de cocaína donde por cada mujer consumen 2 hombres (2,5% en hombres y 0,7% en mujeres). Igualmente en cuanto a las drogas de comercio legal, el consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 76,0% en hombres y de 52,9% en mujeres, y la de tabaco de 43,1% y 33,6%, respectivamente.

La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen mucho más todas las drogas ilegales que las chicas, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes sucede lo contrario. En el caso de las bebidas alcohólicas la proporción de consumidores es parecida. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre los consumidores es más elevada en los hombres que en las mujeres.

En el caso de las drogas ilegales las diferencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más reciente o intensivo. De hecho, las diferencias intersexuales en la proporción de consumidores en los últimos 30 días son mayores que en la proporción de consumidores alguna vez en vida. Estas diferencias se han observado también en encuestas precedentes.

En cuanto a las mayores diferencias de consumo por sexos, al analizar la tabla 2.3., en 2004-2005 se alcanza un cenit momentáneo de consumo. A partir de 2006-2007 disminuyen sensiblemente los consumos de alcohol, tabaco y cannabis entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años. Así, en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en 2004-2005 en consumo de tabaco, los hombres alcanzan un 56,6% y las mujeres un 64,1% que un año después pasa a ser respectivamente 42,0 y 49,8%. Un tanto idéntico ocurre con el alcohol donde tras una breve minoración de consumo en 2000 y 2002 respecto a la media de evolución de consumo alguna vez en la vida se llega a 2004-2005 con unas tasas de 81,5 en hombres y 82,5% en mujeres que de nuevo desciende siquiera mínimamente en 2006-2007 a porcentajes de 78,4% y 80,7%, es decir, nos encontramos con los menores índices de consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes de ambos sexos. En cuanto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días nos encontramos con los menores consumos conocidos en éste rango de edad desde 1994 hasta la actualidad en consumo de tabaco y alcohol en ambos sexos en los que la minoración de consumo es más que reseñable. En consumo de alcohol en ambos sexos en el último mes la evolución desde 1994 pasa de 75,3% de varones y de 74,9% de mujeres en 1994 a un idéntico 58% en ambos sexos. Es decir, un promedio de 17% menos de consumidores durante el último mes.

El consumo a éste respecto en tabaco y cannabis durante los últimos 30 días, si bien han disminuido, no resultan tan claros como en el caso del alcohol.

Tabla 2.3. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes), España 1994-2006.

<i>Prevalencia de consumo alguna vez en la vida.</i>	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8
Alcohol	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7
Cannabis	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6
<i>Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses.</i>														
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3
Cannabis	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2
<i>Prevalencia de consumo en los últimos 30 días.</i>														
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0

H = Hombre, M = Mujer.

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

3º) Diferencias en el consumo por edad

La edad es una variable que influye decisivamente en la extensión del consumo de drogas en esta población. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años.

Como se observa en la tabla 2.4, el consumo de tabaco en los últimos 12 meses también es notoriamente superior en la edad de 15 años respecto los 14, y en él se da el mayor de los aumentos de consumo de esta sustancia (del 19,1 se pasa a un 30,6%) y un aumento del 20% de consumo se da en alcohol en el mismo intervalo de edad de los 14 (50,9%) a los 15 (70,9%). Respecto a la medición de consumo de cannabis comparada en los grupos de edad diferencial de 14 a 18 años de consumo en los últimos 12 meses el aumento de consumidores es asimismo notorio de los 14 con un escaso 11,5%, a los 15 en que reconocen haberlo consumido durante el último año el 25,2%, hasta llegar a los 18 años en que lo hacen en esta medida conforme se muestra en la tabla siguiente el 44,9%.

Tabla 2.4. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006.

<i>Consumo alguna vez en la vida</i>	14	15	16	17	18
Tabaco	28,4	41,5	50,7	55,1	61,8
Alcohol	57,1	76,1	86,0	91,2	92,3
Cannabis	14,1	30,0	41,1	48,9	53,9
<i>Consumo en los 12 últimos meses</i>					
Tabaco	19,1	30,6	37,6	41,3	47,4
Alcohol	50,9	70,9	82,1	87,4	88,2
Cannabis	11,5	25,2	33,9	40,7	44,9

Nota: los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

4º) Percepción de riesgo

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas se relaciona con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo, menor probabilidad de desarrollarla y viceversa.

De todas las conductas, las consideradas más peligrosas son el consumo habitual (semanal o con mayor frecuencia) de heroína (96,5% consideran que puede producir muchos o bastantes problemas), el de LSD o alucinógenos (95,4%), el de cocaína (96,1%) y el de éxtasis (95,4%). En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana (42,9%), el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente (57,8%), considerando esporádico el consumo con una frecuencia mensual o menor, y el consumo esporádico de cannabis (61,4%). También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis (77,6%) o tranquilizantes/somníferos (76,2%), así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos (86%) o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas (86,2%).

La percepción de riesgo para todas las conductas, excepto para el consumo habitual de tranquilizantes o somníferos, es más elevado para las mujeres. El análisis de las tendencias temporales de la percepción del riesgo muestra que por primera vez, desde el año 1999, se observa una estabilidad creciente de la percepción del riesgo para las tres sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país (alcohol, tabaco y cannabis) para todo tipo de consumos y para el consumo esporádico de cocaína (92,3%). Por el contrario, ha disminuido 3 puntos la percepción del riesgo ante el uso esporádico de tranquilizantes o somníferos.

Y la percepción del riesgo ante el resto de las conductas (consumo de heroína, cocaína, éxtasis y alucinógenos) se ha mantenido relativamente estable y a niveles altos. Un dato muy positivo de la encuesta escolar 2006-2007 es que aumenta la percepción del riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol (tanto en fin de semana como diariamente), y cannabis.

5º) Disponibilidad de drogas percibida

En general la población española percibe que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. Más del 43% de la población española de 15-64 años considera que es fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos o cannabis) en un plazo de 24 horas. Aunque las diferencias por droga en la disponibilidad percibida no son grandes, las sustancias con una mayor disponibilidad son el cannabis (55,9% percibe que es fácil o relativamente fácil conseguirlo), y la cocaína (42,8%). La dificultad percibida para obtener drogas aumenta con la edad de la población, siendo la de mayor edad, la que afirma que tendría más problemas para obtenerlas.

En cuanto a las tendencias temporales, se observa un aumento creciente entre 2001 y 2005 de la disponibilidad percibida de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis), correspondiendo los mayores aumentos a cannabis y cocaína (4 y 3 puntos respecto al año 2003 respectivamente). El grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas percibido por los encuestados (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas. El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

En 2006 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos, y un 66,8% cannabis

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas. En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. En el caso de otras drogas, como heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia

descendente que ya se manifestaba en 2004. El menor descenso en la disponibilidad percibida afecta al alcohol

6º) Percepción de la importancia del problema de las drogas ilegales

Más de la mitad de la población de 15-64 años (52%) considera que el problema de las drogas ilegales es importante. A la luz de los resultados del resto de preguntas, que también hacen referencia a este concepto, este aumento sugiere una mayor toma de conciencia del problema por parte de la población.

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas). Se asume que conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo.

En 2006 las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína. También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas, y en general consumir cualquier droga de comercio ilegal.

7º) Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Este hecho lo podemos comprobar en la tabla 18, donde se muestra qué proporción de los que han consumido una determinada droga en los últimos 12 meses ha consumido también otras drogas en el mismo período. Un 95,7% de los que han consumido tabaco en los últimos 12 meses han consumido también alcohol en el mismo período, y en un 67,6% cannabis. Un 76,8% de los

consumidores anuales de cannabis han consumido tabaco en el mismo período, un 97,7% alcohol y un 12,7 % cocaína. Entre los que han consumido éxtasis en el último año un 75,5% ha consumido también cocaína, un 58,2% anfetaminas, y un 52,9% alucinógenos. Por lo que respecta a los consumidores anuales de cocaína un 44,3 % ha consumido también éxtasis y un 44,0% alucinógenos.

Cuadro 2.1. Percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), España 2006.

• Consumir cannabis esporádicamente	70,2
• Consumir tranquilizantes esporádicamente	60,2
• Consumir éxtasis esporádicamente	91,3
• Consumir cocaína esporádicamente	90,8
• Consumir heroína esporádicamente	92,0
• Consumir tabaco diariamente (un paquete diario)	87,3
• Consumir alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin semana)	51,3
• Consumir alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	57,4
• Consumir cannabis habitualmente	89,0
• Consumir tranquilizantes habitualmente	87,5
• Consumir éxtasis habitualmente	97,0
• Consumir cocaína habitualmente	96,8
• Consumir heroína habitualmente	97,0

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información. "Esporádicamente": una vez al mes o menos frecuentemente. "Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente. FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006.

8º) Información sobre drogas recibida

Una amplia mayoría de los estudiantes (86,5%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados. Las principales vías por las que los estudiantes reciben información son: los padres y hermanos (73,2%), los medios de comunicación (69,3%), y los profesores (63,8%). Ha aumentado el porcentaje de estudiantes que han recibido información sobre drogas por parte de sus familias y de los profesores con respecto a años anteriores. El 74.2% de los estudiantes declara haber recibido información sobre el consumo de drogas en clase, porcentaje que supera al de años anteriores (en 2002 el 65,6% y en 2004 el 72,5%).

2.1.1. Tabaco

El consumo de tabaco está bastante extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo la segunda sustancia más consumida entre ellos. En 2006 el 46,1% de los estudiantes afirmaba haberlo probado alguna vez, un 34% haberlo fumado en los últimos 12 meses, y el 27,8% en los últimos 30 días. El porcentaje de fumadores diarios era del 14,8%, porcentaje que ascendía al 29,6% entre los estudiantes de 18 años. La proporción de consumidores aumenta la edad y es mayor en las chicas que en los chicos en todas las edades. La edad media de inicio es la más temprana de todas las drogas consideradas (13,1 años) y está más o menos estabilizada desde hace 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se produce un año después (14,2 años). Entre los consumidores de tabaco en los últimos 30 días, el consumo medio de cigarrillos al día es de 5,5, cifra inferior a la del año 2004 que era de 7,7 cigarrillos, siendo ligeramente mayor la cantidad fumada por los chicos (5,8) que por las chicas (5,3).

Los datos del 2006 nos muestran un descenso importante del consumo de tabaco respecto a los años anteriores. El consumo diario ha descendido de un 21,5% en 2004 al 14,8 % en el 2006.

La gran mayoría de los estudiantes que fuma se ha planteado dejar de fumar en alguna ocasión (72,9%), aunque los que afirman haberlo intentado son poco más de la mitad de ellos (38,6%). La intención de dejar de fumar se hace más patente en las chicas (76,6%) que en los chicos (67,8%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 35,4%). En la actualidad un 53,2 % de los estudiantes que fuman están pensando seriamente en dejar de fumar (el 25,9% en los próximos 30 días y el 27,3 % en los próximos 6 meses). A casi la mitad de los estudiantes (48,1%) les molesta mucho o bastante que fumen en lugares cerrados cuando ellos están presentes. En un 47,7% de los hogares en que viven los estudiantes fuma alguna persona diariamente (un 10 % menos que en 2004).

2.1.2. Alcohol

El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años. El 79,6 % lo han probado alguna vez, el 74,9% lo han consumido en el último año y en el 58% en el último mes. A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebe aumenta, alcanzando la proporción de consumidores mensuales el 76,5% a los 18 años.

El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos (99,5%) han bebido en fin de semana, mientras que sólo un 32,4% lo ha hecho en días laborables. Un 21,8% del conjunto de estudiantes encuestados beben todos los fines de semana (24,3% chicos y 19,5% chicas).

El 55,3% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez. Entre los que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 44,1% se ha emborrachado alguna vez en ese período. Esta última proporción aumenta con la edad y es bastante parecida en chicos y chicas. Un 53,4% de los estudiantes (47,3% chicas y 59,8% chicos) han tomado durante los últimos 30 días 5 ó más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión. El 17,7% lo ha hecho más de 4 días el último mes.

Se bebe sobre todo en bares o pubs, en espacios abiertos (calles, plazas, parques) o en discotecas. En los últimos 30 días un 73,5% de los consumidores lo ha hecho en bares o pubs, un 64,5% en espacios abiertos y un 61,4% en discotecas. Globalmente la bebida consumida por mayor número de estudiantes son los combinados/cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza. Los lugares donde los estudiantes consiguen con más frecuencia bebidas alcohólicas son bares o pubs (70,8%), discotecas (59,2%), supermercados (51,8%) e hipermercados (37%). El 22% de los estudiantes de 14-18 años (34,3% de los de 18) reconocen haber sido pasajeros en los últimos 12 meses de vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. El 9,8% de los estudiantes de 14-18 años declaran haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que asciende a un 14,9% en los estudiantes de 18 años.

La proporción de consumidores de alcohol ha descendido tanto si se toma como referencia 1994 como 2004. De hecho, la proporción de los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses pasó de 82,7% en 1994 a 81,0% en 2004 y 74,9% en 2006, y la proporción de bebedores en los últimos 30 días de 75,1% en 1994 a 65,6% en 2004 y 58,0% en 2006. Por su parte, la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que han consumido en alcohol en ese periodo ha aumentado ligeramente con respecto a 2004.

La experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española (93,7% de la población lo ha tomado “alguna vez”). La mayoría lo consume de forma esporádica o habitual (76,7% “en el último año”; 64,6% “el último mes” y 14,9% “a diario” durante el último mes. Está más extendido entre los hombres el consumo habitual (76% vs. 52,9%) o intenso (22,5% vs. 7%). Las diferencias disminuyen con la edad en lo que respecta al consumo esporádico (la prevalencia de los hombres es solo 1,2 veces más alta que la de las mujeres a los 15-24 años frente a 1,7 veces a los 55-64 años). Sin embargo sucede lo contrario con el consumo diario (a los 15-24 años la prevalencia de los hombres es 5,4 veces más alta que la de las mujeres frente a 3,3 veces a los 55-64 años).

La edad media de iniciación es 16,7 años (hombres 15,9 años y mujeres 17,7 años). El consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas es mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo).

Por grupos de bebidas, según la graduación, la cerveza y la sidra son las más consumidas durante el fin de semana (20,8%), seguida del vino/champán (15,9%) y los combinados/cubatas (10,8%). El consumo de cerveza/sidra es mayor entre los hombres, siendo más frecuente entre 35 a 44 años (24,4%). Las bebidas más consumidas en días laborables son el vino/champán, un 10,4% lo había bebido todos los días laborables, siendo el consumo mucho mayor entre los hombres. La medida del consumo de esta sustancia es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe, lo que dificulta el recuerdo y la integración de la información, y también por la dificultad de establecer una definición claramente comprensible para todos los entrevistados de lo que es consumir bebidas alcohólicas. Esto se refleja a la hora de estudiar las diferencias de tasas de consumo entre Comunidades Autónomas que varía dependiendo del indicador que se considere.

En concreto, si nos centramos en la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, tienen cifras significativamente superiores a la media nacional las Comunidades de Baleares y Cataluña, y significativamente inferiores las Comunidades de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura y Ceuta y Melilla. En lo que se refiere a la prevalencia de consumo diario, presentan cifras superiores a la media Baleares, Galicia y Murcia, e inferiores Andalucía, Canarias, Madrid, La Rioja y Ceuta y Melilla. En suma los datos más recientes indican los siguientes puntos:

- Los adolescentes españoles empiezan a beber a los 13,7 años.
- Chicos y chicas consumen el alcohol de forma similar los fines de semana.
- Entre los menores es cada vez más frecuente emborracharse todos los fines de semana.
- Entre los adolescentes que consumen alcohol, es más frecuente el consumo de cannabis, cocaína y otras drogas.
- La mayoría de los adolescentes no consideran peligroso el consumo de alcohol.

Concentrándose entre la población de mayor edad, el 23,1% del grupo 55-64 años consume todos los días laborables. La cerveza es la segunda bebida más consumida durante los días laborables, con un 7,7% de la población que había consumido todos los días (12,6% de los hombres y 2,7% de las mujeres). En cuanto a intoxicaciones etílicas, en el último año un 19,7% de 15-64 años se había emborrachado alguna vez. La tasa de consumo fue mayor entre los hombres (27,2%) que entre las mujeres (12,0%), y entre los jóvenes de 15-34 años (30,9%) que entre los mayores (11,3%).

En cuanto a los bebedores de riesgo, aquellos que consumen 50 centímetros cúbicos de alcohol puro al día o más y las mujeres que consumen 30 o más, el 5,5% de los encuestados eran bebedores de riesgo, siendo mayor el consumo en los hombres (6,5%) que en las mujeres (4,1%). En cuanto a la edad, la proporción es ligeramente superior en 15-34 años (5,8%) que en 35-64 (5,3%). Por lo que respecta a las tendencias temporales, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual puede considerarse estable, y lo mismo puede decirse de la prevalencia de intoxicaciones etílicas; cuando

desagregamos por grupos de edad, se observa un descenso en esta última encuesta.

El porcentaje de consumidores habituales de esta sustancia ha aumentado considerablemente desde los años 90 hasta nuestros días. Si se analizan los datos referentes a los últimos cinco años, es posible hablar de una situación relativamente estable en la que no se detecta un aumento considerable de la proporción de consumidores, pero sí la consolidación de un patrón de consumo cercano al de otros países del centro y norte de Europa caracterizado por: (a) producirse principalmente fuera del ámbito doméstico, en grupo y durante los fines de semana; (b) asociarse con cierta frecuencia a episodios de abuso o embriaguez y, (e) centrarse principalmente en el consumo de cerveza y combinados.

Uno de los datos más preocupantes es la proporción de jóvenes que refieren a estas edades tan tempranas episodios de abuso o borracheras que, en la actualidad, ronda el 41 % de los adolescentes entrevistados y supone cifras muy elevadas que, comparadas con las recogidas en 1990, señalarían la preferencia de los jóvenes por un consumo menos habitual (escaso durante la semana), pero más intenso y abusivo, focalizado especialmente en los fines de semana (en 1994, de los bebedores mensuales, el 95% lo había hecho durante el fin de semana o en ocasiones especiales). Estos datos confirmarían la tendencia iniciada a finales de la década 1980 en la que el consumo de alcohol en España comienza a alejarse del patrón mediterráneo tradicional caracterizado por un alto consumo de vino en situaciones cotidianas, bajo en bebidas destiladas y con escaso número de personas que bebieran para embriagarse.

Esta situación toma mayor relevancia si atendemos a la proporción de consumidores que afirman tener problemas (ej., conflictos sociales, peleas) como consecuencia del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas (el 22,5% de los encuestados en 1996) o conducir bajo los efectos del mismo (el 7,3% han conducido en estas circunstancias en los últimos doce meses y un 24% han sido pasajeros de estos vehículos).

Del análisis de los datos recogidos, es posible observar que el momento evolutivo en el que los jóvenes parecen iniciarse en el consumo de esta sustancia

oscila entre los 13 y los 14 años, edades que coinciden con el período adolescente en el que aparece un consumo esporádico resultado de las primeras experiencias con la sustancia. El mayor incremento en el consumo se produce entre los 15-16 años, aumentando considerablemente la proporción de consumidores habituales y la intensidad del consumo conforme avanza la edad de los encuestados, de la misma forma que ocurre en el caso de otras sustancias adictivas (en 1996, la proporción de bebedores mensuales pasó de un 39,9% de consumidores a los 14 años a un 84,4% a los 18 años).

Cuando se han estudiado muestras de jóvenes de mayor edad, es posible observar que este patrón de aumento del consumo observado en edades más tempranas suele alcanzar, a los 19-20 años, un intervalo estable en el que el número de consumidores no parece aumentar de forma significativa.

Con respecto a la variable sexo, se ha producido desde 1990 un cambio importante en cuanto a las diferencias encontradas en los porcentajes obtenidos según el sexo de los jóvenes consumidores de alcohol. En este sentido, como ya señaló el Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (ECERS) (Mendoza y Sagrera, 1991), a pesar de que la proporción de bebedores es mayor en los chicos, desde comienzos de la década se ha observado que las diferencias entre ambos sexos tienden a desaparecer de tal forma que, en la actualidad, no parecen ser especialmente significativas, presentando porcentajes muy similares sobre todo a partir de los dieciséis años. Lo que sí resulta especialmente relevante es el hecho de que, en términos generales, los varones parecen consumir de forma más intensa que las mujeres una vez que nos situamos en los grupos de mayores bebedores, lo que coloca a este grupo de jóvenes en una posición de mayor riesgo a la hora de pasar a un consumo más compulsivo e intenso que pueda consolidarse en la vida adulta.

Así pues, a lo largo de estos años, el uso de sustancias como las bebidas destiladas, que a comienzos de la década no eran consumidas de forma mayoritaria, ha sustituido de forma significativa a otras como el vino o la sidra, lo que supone una utilización habitual de sustancias de mayor graduación que refleja una mayor tolerancia al alcohol por parte de los más jóvenes de nuestra sociedad.

2.1.3. Cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, con bastante diferencia sobre las demás. Un 36,2 % la han probado alguna vez en la vida, un 29,8 % lo han consumido en el último año y un 20,1 % en los últimos 30 días. El consumo está más extendido en los chicos en todos los indicadores, sin bien esta diferencia no es tan acusada como en otras sustancias ilegales, aunque aumenta al hacerlo la intensidad del consumo. El porcentaje de consumidores diarios de cannabis es de un 3,2%, casi el doble en los chicos (4,2%) que en las chicas (2,2%).

El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias se sitúa en los 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas con respecto a años anteriores. La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis aumentan desde los 14 a los 18 años, produciéndose el mayor aumento entre los 14 y los 15 años. Un tercio de los estudiantes de 18 años ha consumido cannabis en los últimos 30 días, y un 11,9 % lo ha hecho más de 10 días en dicho período.

En 2006 se ha observado un importante descenso del consumo, después de muchos años de aumento continuado. De hecho, han descendido con respecto a 2004 tanto la proporción de los que lo han consumido alguna vez en la vida, como la de los que lo consumen actualmente, y el descenso ha afectado a todas las edades y tanto a hombres como a mujeres. Paralelamente ha aumentado la percepción de riesgo ante el consumo de cannabis.

Con respecto a la tasa de consumo de cannabis, un análisis conjunto de los indicadores (prevalencia el último año, el último mes, consumo diario) permite afirmar que hay tres Comunidades Autónomas que tienen una prevalencia de consumo significativamente superior al conjunto nacional, que son Baleares, Cataluña y Navarra. Después del alcohol y el tabaco, el cannabis es la droga más extendida entre los adolescentes y la que ha experimentado un mayor incremento entre los jóvenes de nuestro país.

Estos datos adquieren mayor relevancia si se tiene en cuenta que el cannabis suele ser la sustancia que da acceso al consumo de otras de mayor poder adictivo y que tienen consecuencias más nocivas para los consumidores como son la cocaína o las drogas de síntesis. En esta misma línea, como puede observarse, la edad de inicio del consumo de esta sustancia suele ser mayor que en el caso del alcohol y del tabaco, lo que nos advierte, probablemente, de la importancia de la disponibilidad de las sustancias de consumo y del fenómeno de escalada dentro del consumo de drogas. En el caso del cannabis, el incremento de los porcentajes se da mayoritariamente a la edad de 16 años y es a partir de los 18 cuando se encuentra un mayor número de jóvenes consumidores habituales.

Por último, las diferencias en el consumo en función del sexo de los encuestados sí parecen ser algo más consistentes, ya que en todos los estudios analizados los hombres presentan porcentajes significativamente superiores a las mujeres, llegando a alcanzar diferencias de 5 puntos porcentuales para la prevalencia del consumo en los últimos treinta días.

Tras el alcohol y el tabaco, el cannabis es la droga que mayor número de consumidores tiene en la actualidad. Los estudios de prevalencia muestran que la marihuana es la droga ilícita más consumida en la Unión Europea, si bien el nivel de consumo es variable en función del país (EMCDDA, 2004). El cannabis ha sido una droga asociada a las clases sociales marginales que pasó desapercibida para la mayoría de la población hasta la década de los setenta.

Es en esta época en la que comienza a llamar la atención su consumo, produciéndose un aumento progresivo del mismo al relacionarse a un movimiento de rebelión contra los valores sociales establecidos (Calafat et al., 2000). Diversos acontecimientos históricos y sociales han propiciado que la asociación del consumo cannabis a los grupos marginales y a la delincuencia haya ido perdiendo significado, adquiriendo una imagen social de droga que no genera más problemas que aquellos que pueden producir el alcohol o el tabaco, drogas que sí están legalizadas. Esta percepción de riesgo minimizada es aún menor entre la población adolescente (Gamella y Jimeno, 2004).

El aumento progresivo del consumo ocasional de cannabis se ha producido sobre todo en las dos últimas décadas, aumentando considerablemente durante los años noventa en muchos países europeos (EMCDDA, 2004), entre ellos en el Estado español (OED, 2003; 2005). Los datos sobre el consumo de drogas en España muestra un aumento significativo del consumo de esta droga en la población, llamando la atención el notable descenso de la edad de inicio de consumo, siendo el cannabis una de las drogas ilícitas más consumida entre la población adolescente (OED, 2005). En el último informe del Plan Nacional sobre Drogas sobre la situación del consumo de sustancias en nuestro país, indica que la prevalencia de consumo en algún momento de la vida oscila es del 29%. España se encuentra por tanto entre los países de la Unión Europea que superan la tasa del 20% de la población que hace uso de esta droga (EMCDDA, 2004). En otros países como los Estados Unidos, existen tasas menores, aunque constituye la droga ilegal de uso más común. En 2001 el 6% de la población estadounidense había consumido marihuana (SAMHSA, 2002).

Este aumento en el consumo del cannabis, su creciente aceptación social, así como el cambio en la connotación marginal de sus consumidores, son un reflejo de la actualidad de la temática. Todo ello ha dado como resultado la aparición de un debate abierto en algunos temas relacionados con el cannabis (Bobes y Calafat, 2000a). Sin embargo, este debate no se centra en el hecho de que el cannabis sea la droga ilícita más consumida ni está dirigido a la prevención de su consumo, sino que el debate que genera polémica e interés se centra en la condición de ilegalidad de la droga y en los posibles usos terapéuticos del cannabis y sus derivados (Merino, 2000).

El interés por su uso terapéutico aumentó tras el descubrimiento del sistema cannabinoide humano. Algunos países como Canadá e Inglaterra han permitido su comercialización, o estudian hacerlo, por sus efectos paliativos en algunas enfermedades.

2.2. RESUMEN

En general, el consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis. Los datos del 2006, muestran sin embargo una evolución muy positiva, con un descenso importante del consumo de las drogas más extendidas entre los estudiantes. Este descenso ha sido especialmente intenso para tabaco, cannabis y cocaína. En el caso de estas dos últimas se ha quebrado la tendencia creciente de los últimos años. En cuanto a las bebidas alcohólicas, ha descendido la proporción de consumidores y la intensidad del consumo con respecto a 2004, aunque las cifras continúan siendo más altas que en 2002.

En España los psicoestimulantes tipo éxtasis o anfetaminas y los alucinógenos están menos extendidos que la cocaína (la proporción de consumidores anuales no supera en ninguna de las tres drogas citadas en primer lugar el 3%) y ha seguido una tendencia descendente en los últimos años.

Una proporción importante de estudiantes consumen varias drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, por una parte, y entre el de estimulantes (cocaína, éxtasis, o anfetaminas) y alucinógenos, por otra. Otro dato positivo de esta encuesta, y que podría haber influido en el descenso del consumo, es el aumento de la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

Finalmente, también es muy positiva la importante disminución de la percepción de disponibilidad de todas las drogas por parte de los estudiantes, algo que ocurre por primera vez desde hace varios años, y que podría haber repercutido también en el descenso del consumo.

El conocimiento de las tasas de prevalencia de consumo tanto de las drogas legales como de las ilegales es, en nuestros días, uno de los objetivos prioritarios de muchos de los investigadores centrados en el estudio de la población adolescente. Este planteamiento responde a la necesidad de conocer de forma precisa la situación en la que se encuentra la juventud con respecto al uso de

estas sustancias para poder elaborar planes de intervención ajustados a las necesidades de cada momento.

Del análisis de los datos recogidos por distintos estudios representativos desde comienzos de la década, se observa un aumento considerable del consumo de la mayor parte de las sustancias analizadas como es el caso del alcohol y del tabaco {en algunos casos parece haber disminuido la prevalencia de consumo con respecto a la década de los ochenta, pero no así la intensidad de su uso) Y el de los alucinógenos, las anfetaminas o las drogas de síntesis, prácticamente desconocidas por los jóvenes consumidores hace pocos años.

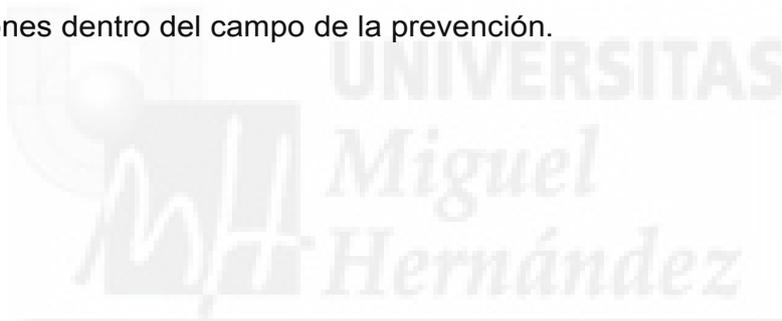
Con respecto al alcohol, esta situación se agrava si consideramos que ya en 1993, España ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol con 10 litros de alcohol per cápita y que, en la mayoría de los casos, este consumo en la edad adulta supone la consolidación de un patrón de uso frecuente de ésta y otras sustancias en la juventud. En este mismo sentido, se ha observado que, en los últimos años, no sólo la prevalencia del uso del alcohol se ha visto modificada, sino que también el patrón de consumo que realizan nuestros jóvenes ha presentado notables diferencias con respecto al patrón mediterráneo tradicional caracterizado por el consumo de vino y por una menor frecuencia de episodios de embriaguez.

Así pues, se observa que, a pesar de que pueda aumentar el número de abstemios, sin embargo, la cantidad consumida por los jóvenes bebedores es considerablemente mayor, centrándose en el consumo de cervezas y combinados, disminuyendo únicamente el número de consumidores ocasionales aunque el número de adolescentes que ingieren grandes cantidades de alcohol se mantiene sobre todo los fines de semana y fuera del ámbito familiar.

El tabaco es otra de las sustancias adictivas que consumen mayoritariamente los jóvenes entre los 14 y los 18 años. Es importante señalar que, a diferencia de otras drogas, las mujeres parecen presentar tasas de consumo mayores, pero son los hombres los que realizan un consumo más intenso. Esta tendencia viene siendo observada exclusivamente desde comienzos de los 90 ya que, con anterioridad, el mayor número de no fumadores eran del sexo femenino. En cuanto al consumo de drogas ilegales, el cannabis ocupa un lugar prioritario

dentro del consumo de los adolescentes de nuestro país. El uso de esta sustancia ha experimentado un gran aumento en los últimos años, siendo de las más consumidas después del tabaco y el alcohol. Además, los estudios confirman un aumento importante del consumo de psicoestimulantes como el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas y sus derivados entre la población más joven. Es ésta una situación especialmente alarmante si se considera que gran parte de los consumidores de estas sustancias reconocen experimentar como consecuencia de su uso importantes problemas como conflictos sociales y familiares y absentismo escolar.

En líneas generales, los datos analizados vuelven a señalar la necesidad de detectar no sólo los porcentajes de consumidores o abstemios en la población adolescente, sino también aquellas variables que puedan predecir tanto el consumo (factores de riesgo) como la abstinencia (factores de protección) y que puedan garantizar, si son manejados adecuadamente, la eficacia de las intervenciones dentro del campo de la prevención.



CAPÍTULO 3
BASES TEÓRICAS DE LA PREVENCIÓN DE
DROGODEPENDENCIAS



3.1. INTRODUCCIÓN

El marco teórico en el área de la prevención de las drogodependencias marca la dirección que deben tomar las intervenciones, tanto en el desarrollo de los programas como en su evaluación. La teoría se hace necesaria ya que, por una parte, permite hipotetizar las relaciones causales entre las distintas variables implicadas en el consumo y, por otra, guía el diseño de las intervenciones de prevención. En este último caso, la teoría puede: (a) identificar los factores que predicen el abuso de drogas; (b) explicar los mecanismos a través de los cuales operan; (c) identificar los factores que influyen en estos mecanismos; (d) señalar los instrumentos necesarios para interrumpir el curso del abuso de drogas, y (e) especificar las intervenciones más oportunas para prevenir el inicio del mismo. Si hay una clara relación entre teoría y práctica, la evaluación y los resultados obtenidos en el programa, nos va a permitir afirmar o cambiar los elementos teóricos de los que partimos (Becoña, 1999).

Se han desarrollado una serie de teorías o modelos sobre la etiología del abuso de drogas que han servido de punto de partida para un gran número de programas preventivos. No obstante, muchos de estos enfoques teóricos se han centrado solamente en un aspecto o aspectos parciales de dicha problemática y se han caracterizado por su falta de adecuación a la realidad y a la práctica de las intervenciones preventivas (Becoña, 1999).

La mayor parte de las intervenciones existentes desde un punto de vista psicosocial tienen sus raíces teóricas en la teoría del aprendizaje social y en la teoría de la conducta problema. Ambas perspectivas consideran que la conducta de abuso ha sido aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento que está mediado por factores personales como son las cogniciones, las actitudes y las creencias. Desde esta aproximación, aunque cada teoría enfatiza diferentes procesos y factores, se considera que el consumo de sustancias procede de la interacción de factores de personalidad, ambientales y conductuales. Por este motivo, se exponen a continuación las teorías de enfoque psicosocial que han tenido mayor impacto y relevancia en el campo del abuso de drogodependencias. A pesar de las limitaciones de alguna de ellas para generar estrategias de prevención, los modelos que se presentan nos han ayudado a establecer con

mayor precisión, tanto las áreas de mayor interés de estudio como las variables más relevantes a la hora de conseguir un mayor nivel de eficacia en las intervenciones planteadas.

El concepto genérico de prevención hace referencia a toda medida o actuación que tiende a reducir o evitar el consumo excesivo de una determinada sustancia y los problemas derivados de su uso inadecuado. A la hora de conceptualizar y organizar las intervenciones preventivas, es posible distinguir tres niveles de actuación en función de la etapa en que se encuentra el fenómeno que se quiere evitar y la población a la que se dirige: la prevención primaria (actuaciones implementadas antes de que se pueda identificar cualquier proceso prodromal), la prevención secundaria (intervenciones llevadas a cabo después de que se han identificado la presencia de claros marcadores de riesgo en la población) y la prevención terciaria (programas dirigidos a detener la propagación y evolución del problema y sus consecuencias). Además, desde un marco conceptual, existen dos grandes concepciones de la prevención que responden a una clasificación operativa:

- a) La prevención inespecífica, donde el problema que se pretende prevenir se considera como un elemento más dentro de un enfoque global de promoción de la salud, y suele llevarse a cabo en la etapa de educación primaria (6-12 años) por medio de programas generales de educación para la salud, del entrenamiento en habilidades sociales generales y de la formación de padres y profesores.
- b) La prevención específica que, como continuación de la anterior, suele llevarse a cabo a lo largo de la educación obligatoria (12-16 años), utilizando programas de formación y entrenamiento encaminados a la prevención de problemas concretos como es el consumo de drogas y las consecuencias derivadas de un uso abusivo de las mismas. A pesar de que puedan parecer dos vías de actuación independientes, estas aproximaciones no son excluyentes entre sí, por lo que deben ser complementarias y necesariamente compatibles para prevenir eficazmente cualquier problema de salud.

Como en otros campos, la prevención del abuso de drogas por parte de la población adolescente se sustenta en un marco teórico que señala la dirección de las intervenciones a seguir. Desde los años 70, en el campo de las

drogodependencias se han desarrollado una serie de teorías sobre la etiología del abuso de sustancias que han supuesto el punto de partida para un gran número de programas preventivos que, aunque han conseguido distintos niveles de éxito, han servido para ir orientando con mayor precisión las áreas de mayor interés y las variables más relevantes para la consecución de un mayor nivel de eficacia.

Desde el primer momento, y desde cualquier marco teórico, se ha defendido la necesidad de actuar desde la prevención primaria con el objetivo de actuar sobre la población infantil o adolescente retrasando o, si es posible, evitando el inicio en el consumo cuando éste todavía no se ha establecido, combinando tanto programas de intervención generales que doten a los jóvenes de un mayor número de recursos como otros más específicos, centrados en el manejo concreto de aquellos factores que tienen una relación de causalidad con el inicio del consumo detectados a través de la numerosa investigación de campo. Tal es el caso de la prevención dirigida a los factores de riesgo centrada básicamente no sólo en modificar la influencia de éstos (como es sabido, en muchos casos es imposible), sino en potenciar y reforzar la presencia temprana de aquellos que se conoce que protegen a aquellos individuos que, bajo las mismas circunstancias de riesgo, logran afrontar con éxito esta situación y no llegan al consumo de drogas.

En este capítulo se expone de forma resumida aquellas teorías explicativas sobre la etiología del consumo de drogas, que han servido de base a las aproximaciones preventivas clásicas y actuales que se han llevado a cabo durante las dos últimas décadas, analizando sus aportaciones y límites, para pasar a revisar los avances más importantes de los estudios focalizados en el riesgo que tratan de ofrecer una visión general del panorama actual de la prevención en drogodependencias y que señalen aquellos aspectos más relevantes que deben ser considerados como base de cualquier investigación en este campo.

3.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL ABUSO DE DROGAS DE RELEVANCIA PARA LA PREVENCIÓN

Desde una perspectiva psicosocial, son muchas y diversas las teorías que tradicionalmente se han desarrollado para explicar las bases etiológicas del abuso de drogas y que, en la mayor parte de los casos, han servido como puntos centrales de referencia a la hora de elaborar modelos preventivos. Tras una

revisión de aquéllas que a lo largo de las décadas han tenido una mayor relevancia para la investigación, es posible observar que, a pesar de que cada una enfatiza en cierto modo diferentes procesos y factores, todas ellas consideran que el consumo de sustancias procede de la interacción de factores personales y ambientales. En general, la mayor parte de las estrategias de prevención del consumo de sustancias tienen sus raíces teóricas en la teoría del aprendizaje social y en la teoría de la conducta problema. Desde esta perspectiva, se considera que la conducta de abuso ha sido aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento que está mediado por factores personales como son las cogniciones, las actitudes y las creencias.

A continuación, se hará referencia a las teorías que mayor impacto han tenido en el campo del abuso de sustancias teniendo presente el valor limitado de algunas de ellas para generar estrategias concretas de intervención preventiva.

3.2.1. Teoría de la conducta problemática

Desde el campo de la psicología social, los autores sugieren que el consumo de drogas puede predecirse por la propensión general del individuo hacia la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977, 1980). La conducta problema hace referencia a la conducta que es socialmente definida bien como un problema, bien como una fuente de preocupación o inquietud, o simplemente como algo indeseable según las normas o instituciones de la sociedad convencional. En todo caso, su ocurrencia viene determinada por la compleja interacción de factores personales (ej., expectativas, creencias y actitudes), factores fisiológico/genéticos y factores ambientales percibidos.

Atendiendo a la problemática de la población adolescente, el modelo advierte que, en general, muchas conductas que son permisibles para miembros de un grupo de edad mayor (ej., fumar, beber, sexualidad), pueden verse como problemáticas en sujetos más jóvenes donde las normas de edad actúan de forma más inflexible definiendo aquellos comportamientos permitidos socialmente. Según esta teoría, la causa por la que los adolescentes participen en actividades problemáticas tales como el uso de sustancias o una actividad sexual prematura radica en que tales acciones, por lo general, les ayudan a alcanzar metas

personales, la aceptación y el acceso a un determinado grupo de iguales o la consecución de un determinado estatus social.

Así, la conducta problemática puede ser una forma aceptable de afrontar fracasos reales o imaginarios, el aburrimiento, la ansiedad social, la baja autoestima o la infelicidad. De la misma forma, el hecho de fumar, beber o consumir drogas puede hacerles parecer más aceptables al dar una imagen de mayor control y dureza o al demostrar una mayor independencia de las figuras de autoridad. En todo caso, en la medida en que los adolescentes perciban estas actividades como funcionales, estarán más motivados a participar en ellas. Por ello, los jóvenes con mayor riesgo de consumir serán aquellos que no contemplen posibilidades alternativas a las comentadas para la solución de sus problemas ni para la consecución de las metas perseguidas. En consecuencia, una buena estrategia de prevención sería aquella que subrayara que los riesgos del consumo son mayores que los beneficios percibidos y señalara medios alternativos para el afrontamiento de los problemas que afectan a este sector concreto de la población.

3.2.2. Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969, 1977) amplía la teoría de la conducta problema al sugerir que los patrones conductuales son más o menos problemáticos dependiendo de las oportunidades e influencias sociales a las que el individuo sea expuesto, de la habilidad con la que se manejen y del balance de refuerzos o recompensas que pueden recibirse como consecuencia de la participación en tales actividades. En este caso, el consumo de sustancias es conceptualizado como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socioambientales. Así pues, la exposición repetida a modelos con éxito y de alto estatus que utilizan sustancias (ej., padres, hermanos, figuras de los medios de comunicación) influye directamente en la conducta de los adolescentes, Es a través de estas influencias como el joven aprende que el fumar, el beber o el consumir drogas es una práctica común entre los que le rodean y, por lo tanto, es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales,

incrementando así, de forma paralela, su susceptibilidad ante las influencias sociales.

Además, se reconoce que esta vulnerabilidad puede verse afectada por factores como el conocimiento, las actitudes y las creencias personales; procesos como la autorregulación y el autocontrol y características de la personalidad como una baja autoestima, una mayor necesidad de aprobación social, mayor impulsividad y/o un bajo sentido de control personal. Asumiendo estos parámetros, los autores proponen que una buena estrategia de protección y resistencia frente a las influencias sociales podría ser el favorecer y potenciar aquellas características asociadas a una baja susceptibilidad ante las mismas.

3.2.3. Teoría de las etapas

Propuesta por Kandel (1980, 1982), plantea una aproximación psicosocial en la que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases. Los adolescentes progresan generalmente de forma secuencial desde la cerveza o el vino a licores más fuertes y a los cigarrillos y, de ahí, a la marihuana y al cannabis hasta llegar a otras drogas ilegales de mayor poder adictivo. Es importante señalar que un consumo temprano no conduce necesariamente al consumo en etapas posteriores, pero sí parece que el uso de sustancias en una etapa es muy improbable sin el consumo en una etapa anterior. Adicionalmente, el autor propone que existen predictores específicos para según qué tipo de sustancias, lo que puede facilitar la adecuación de los programas preventivos. Así pues, en el consumo de alcohol es necesario atender a la participación precoz en conductas desviadas y al uso de tabaco, cerveza y vino. En el consumo de marihuana, al conjunto de creencias y valores favorables hacia su uso y la asociación con grupos de iguales consumidores. En el caso del consumo de heroína o cocaína, es preciso tener en cuenta aspectos antecedentes como la existencia de relaciones insatisfactorias con los padres, sentimientos de depresión, consumo severo de marihuana, presencia de actitudes no convencionales y la exposición al consumo de drogas por parte de los iguales.

3.2.4. Modelo biopsicosocial

Modelo que procede del campo de la medicina conductual y se centra fundamentalmente en dos temas: la competencia y el afrontamiento (Wills y Schiffman, 1985). Dos son sus premisas axiales: la defensa del abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad de estresores. De esta manera, el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento ya que: (a) disminuye la presencia de estados afectivos negativos cuando los usuarios están ansiosos o sobreactivados y/o, (b) incrementa el humor positivo cuando están cansados o deprimidos. Se reconoce la mediación de procesos cognitivos, fisiológicos y propios de la respuesta de estrés que pueden intervenir entre la ocurrencia del evento potencialmente estresante y la emisión de la reacción adversa. Por otra parte, este modelo distingue entre dos tipos de habilidades de afrontamiento: (a) respuestas genéricas que son útiles para hacer frente a una gran variedad de estresores (ej., estresores diarios o crónicos), y (b) respuestas específicas para hacer frente al consumo de drogas (ej., presión de los iguales).

El modelo conceptualiza el abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad de estresores. Por tanto, el modelo resultante es un intento integrador de variables triádicas biológicas (malestar fisiológico real o percibido), psicológicas (p.ej. carencia de habilidades de afrontamiento) y sociales (p.ej. potenciales influencias hacia el consumo).

3.2.5. Modelo de estrés social

Esta aproximación se deriva inicialmente del modelo de psicopatología de Albee (1982) y pretende la integración del tradicional énfasis en las variables individuales y familiares y los recientes hallazgos de las investigaciones sobre competencia y afrontamiento. Desde esta perspectiva, el consumo de drogas adolescente es considerado como el resultado a largo plazo de todas las vivencias del joven experimentadas tanto con aquellas personas relevantes de su contexto (ej., familia, amigos) como con los sistemas sociales, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Así pues, las experiencias del joven en la familia, la escuela y la comunidad se entienden como influencias relevantes para su adecuada

identificación con los padres, con los iguales y con los modelos sociales y para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

En este contexto, aquellos niños que: (a) no han llegado a identificarse con figuras parentales y consecuentemente han fracasado a la hora de incorporar sus valores y normas, (b) no han adquirido las habilidades necesarias para resistir las presiones hacia el consumo, y (c) no han tenido las oportunidades adecuadas para la educación y el empleo, estarán menos seguros de sus propias habilidades y menos equipados para enfrentarse a una gran variedad de estresores sociales durante la adolescencia. En este caso, es muy probable que se vean influidos por aquellos iguales que están en la misma situación, defendiendo el uso de drogas como medio útil de afrontamiento al estrés (Elliot y cols., 1985). En contraste, es menos probable que los adolescentes se impliquen en un consumo temprano de sustancias si: (a) han establecido vínculos positivos con sus familias, profesores e iguales; (b) han desarrollado habilidades adecuadas para el manejo del estrés, y (c) disponen de modelos de afrontamiento competentes en la escuela o en la comunidad y poseen suficientes recursos y oportunidades.

En resumen, la probabilidad de que un adolescente se inicie en el consumo de drogas es función tanto del nivel de estrés al que es expuesto como de la magnitud con que éste es amortiguado por vínculos positivos, habilidades de afrontamiento y recursos personales y comunitarios.

3.2.6. Teoría de la influencia triádica

Flay y Petraitis (1994) elaboran esta teoría comprehensiva que agrupa varios elementos de otras teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y en el campo de las drogodependencias. De hecho, no se limita exclusivamente a la prevención de las drogodependencias sino que abarca todos los problemas de salud. Los autores consideran que a través de la integración de varias microteorías se consigue mejorar la capacidad predictiva y la comprensión de las conductas de salud, lo que facilita y optimiza la intervención, especialmente la intervención preventiva.

Esta teoría tiene en cuenta varios niveles para explicar las causas de la conducta: nivel último o final (incluye variables que están fuera del control

inmediato, como la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad), nivel distal o lejano (ej., valores generales de la vida) y nivel próximo (se centra en los aspectos concretos de la conducta como por ej., las decisiones relacionadas con la salud). De esta manera, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales determinan de modo independiente o interactivo las decisiones sobre llevar a cabo o no una conducta concreta (ej., tomar drogas). Se consideran tanto las influencias directas como indirectas que afectan a la conducta. Dentro de estas últimas se toma en consideración: a) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; b) las expectativas sobre su conducta y, c) la evaluación de esas expectativas; y sus condiciones relacionadas con la salud. Por último, esta teoría explica que el grado de influencia de cada uno de estos factores o dimensiones afecta de forma diferente a distintos individuos y en distinto grado, dependiendo de qué elemento estemos considerando.

En general, se sostiene que las personas que tengan una gran habilidad para controlar las acciones y un buen estado de ánimo desarrollarán una gran autoestima y un autoconcepto más coherente, lo que hará que la persona tenga una mayor autodeterminación. Esto, unido a las habilidades sociales específicas, conducirá a una mayor autoeficacia por parte del individuo respecto a la conducta concreta a la que nos referimos. Por otro lado, las personas que tienen una imagen desfavorable o incoherente de sí mismas, realizarán con más probabilidad conductas de riesgo, actuarán más impulsivamente y serán menos conscientes de las posibles consecuencias de sus actos.

Como indica Becoña (1999), esta teoría permite explicar las causas relacionadas con la salud, y también cómo pueden ser cambiadas estas conductas. Además, permite hacer predicciones comprobables y conocer la etiología y la dinámica de las conductas relacionadas con la salud.

3.2.7. Modelo comprensivo y secuencial

Este modelo ha sido desarrollado por Becoña (1999) y plantea que el consumo de drogas se desarrolla a través de una serie de fases: fase previa o de predisposición, fase de conocimiento, fase de experimentación e inicio al consumo, fase de consolidación y fase de abandono o mantenimiento. En él

organiza toda la información disponible acerca del consumo de sustancias y de los factores que más frecuentemente han aparecido asociados al mismo. A continuación, expongo de forma más detallada los principales factores que están presentes en cada una de estas fases, aunque no se debe olvidar que todos ellos interactúan y se relacionan entre sí, influyéndose recíprocamente e interactuando de tal manera que delimitan el que una persona sea única y distinta a las demás.

a) Fase previa o de disposición

En esta fase se dan una serie de factores de predisposición que facilitan una mayor probabilidad de consumo en unas personas que en otras y, finalmente, un mayor consumo en aquellas personas que reúnen cierto número de características. Estos factores son previos al consumo, ya están presentes cuando la persona va a llevar a cabo una determinada conducta o, incluso, años antes. Entre estos factores se encuentran: a) factores de predisposición socio-cultural, que incluyen las creencias, expectativas y conductas de nuestro grupo social que favorecen el uso de drogas, como el alcohol o el tabaco, y las hacen socialmente aceptadas en determinadas situaciones (ej., bodas, reuniones de trabajo, celebraciones, etc.). Se incluyen también los sistemas de producción de ese sistema social (ej. la publicidad y la venta) y la utilización del tiempo libre; b) factores de predisposición biológica, tienen su importancia en la medida en que se puedan encontrar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro; c) factores de predisposición psicológica, que incluyen el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia, que se relacionan entre sí.

b) Fase de conocimiento

El conocimiento acerca de las drogas proviene de la familia, los medios de comunicación, los amigos, los profesores y otros adultos. Los factores que influyen en esta fase son: el ambiente en el que vive el individuo, el proceso de aprendizaje, la socialización y las expectativas (mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro, y están derivadas de las creencias, conocimientos y esquemas sobre el mundo).

c) Fase de experimentación e inicio al consumo

En esta fase están presentes los siguientes elementos: a) factores de riesgo para el consumo de sustancias, como los componentes constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, intelectuales y académicos, ecológicos y los acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés (Coie, Watt, West y cols., 1993). Estos factores generales deben servir de punto de partida, para luego pasar a otros más específicos que están relacionados con el consumo o la abstinencia; b) la disponibilidad de la sustancia, junto con su modo de presentación (ej. forma, color, vía de ingestión y tamaño); c) la accesibilidad y precio adecuado; d) el tipo de sustancia y la percepción del riesgo; e) las creencias, las actitudes, las normas interiorizadas, los valores e intenciones, claramente asociados a los factores de riesgo y protección; f) el estado emocional, sobre todo una vez que se ha producido el mantenimiento del consumo; g) la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación; h) las habilidades de afrontamiento.

d) Fase de consolidación del uso al abuso y a la dependencia

Los elementos fundamentales que van a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo. El estado emocional es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo de sustancias y se pueda producir un incremento cuantitativo en el consumo. Por último, cabe mencionar que en este proceso cobra relevancia la interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, por la necesidad de considerar en conjunto la “conducta” de esa persona, más que en sus componentes independientes. Cuando la persona se encuentre en una fase de dependencia y ésta se haya mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que está en una fase de adicción consolidada.

e) Fase de abandono o mantenimiento

El abandono del consumo de la sustancia puede depender de causas externas (ej. presión familiar, de los amigos, pareja, social, policial, sanitaria) o de

causas internas (ej. deja de consumir por los problemas personales, físicos, afectivos, familiares y/o sociales que le acarrea).

f) Fase de recaída

Es frecuente que las personas que llegan a la fase de adicción consolidada, en su intento de dejar de consumir, recaigan una y otra vez, hasta que al final logren la abstinencia o sigan consumiendo.

3.3. APROXIMACIONES CLÁSICAS A LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

El campo de la prevención de drogodependencias se ha centrado en la elaboración, desarrollo e implementación de programas específicos que, desde distintas perspectivas y postulados teóricos, pretender la reducción o prevención del consumo de drogas. Asimismo, estos enfoques se han llevado a cabo en distintos ámbitos o áreas de aplicación. Por un lado, unos programas se han realizado en el medio escolar como, por ejemplo, los programas basados en la educación informativa y afectiva sobre el consumo y sus consecuencias. Por otro lado, se aplican programas comunitarios, los emitidos por los medios de comunicación de masas y los basados en el entrenamiento y refuerzo de habilidades de afrontamiento y resistencia a la influencia social.

Hasta el momento, se han desarrollado una serie de teorías o modelos sobre la etiología del abuso de drogas que han servido de punto de partida para un gran número de programas preventivos. No obstante, muchos de estos enfoques teóricos se han centrado solamente en un aspecto o aspectos parciales de dicha problemática y se han caracterizado por su falta de adecuación a la realidad y a la práctica de las intervenciones preventivas (Becoña, 1999).

Petraitis, Flay y Miller (1995), hacen una clasificación de las teorías que se han desarrollado: a) teorías cognitivo-afectivas: teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985, 1988); b) teorías de aprendizaje social: teoría del aprendizaje social (ej., Akers y cols., 1979), teoría aprendizaje social / cognitivo social (Bandura, 1986); c) teorías del apego social: teoría del control social (Elliot y cols., 1985, 1989), modelo de desarrollo social

(Hawkins y Weis, 1985): d) teorías en la que las características intrapersonales juegan un papel relevante: modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991), teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1982), modelo de aprendizaje social de varias etapas (Simons y cols., 1988), teoría de la interacción familiar (Brooks y cols., 1990); e) teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales: teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977); modelo de vulnerabilidad de Sher (1991); modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982).

Estos modelos y teorías asumen que los rasgos de personalidad y afectivos influyen en el uso experimental de sustancias directamente, cuando los estudios longitudinales sugieren que dichas características son pobres predictoras del consumo.

Por otro lado, la mayor parte de las intervenciones existentes desde un punto de vista psicosocial, tienen sus raíces teóricas en la teoría del aprendizaje social y en la teoría de la conducta problema, perspectivas que consideran que la conducta de abuso ha sido aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento que está mediado por factores personales como son las cogniciones, las actitudes y las creencias. Desde esta aproximación, aunque cada teoría enfatiza diferentes procesos y factores, se considera que el consumo de sustancias procede de la interacción de factores de personalidad, ambientales y conductuales. Por este motivo, se exponen a continuación las teorías de enfoque psicosocial que han tenido mayor impacto y relevancia en el campo del abuso de drogodependencias. A pesar de las limitaciones de alguna de ellas para generar estrategias de prevención, la importancia de los modelos que se presentan en el siguiente apartado en el que se analizarán las principales características de cada uno de estos enfoques preventivos, con el objetivo de extraer los componentes que se han mostrado más efectivos y que, por tanto, deben ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención futuros en el campo de las drogodependencias.

3.3.1. Enfoques tradicionales

Tradicionalmente, los programas de prevención del abuso de drogas, (legales e ilegales) se han basado, fundamentalmente, en una educación informativa centrada en presentar los peligros y riesgos asociados al uso/abuso de sustancias. Así mismo, se ha llevado a cabo también una educación afectiva, normalmente

desde el ámbito escolar, en un intento de mejorar la autoestima de los jóvenes, de fomentar la toma de decisiones responsables y el enriquecimiento personal y social. Por último, se han desarrollado intervenciones dirigidas a enseñar al joven actividades alternativas al uso de drogas que le puedan reportar las mismas consecuencias gratificantes que le aporta el consumo de drogas.

3.3.1.1. Educación informativa

Este enfoque ha sido y, sigue siendo hoy día, el más frecuentemente utilizado en la prevención del abuso de sustancias. Esta aproximación parte de la idea de que un mejor conocimiento de los riesgos asociados al consumo, conllevará el desarrollo de actitudes contrarias a su uso y se tomarán decisiones racionales y lógicas para no consumir. De esta manera, los programas se orientan a difundir información acerca de la naturaleza, farmacología y consecuencias adversas del consumo, tanto de drogas legales como ilegales. De forma sistemática, estos paquetes informativos se han desarrollado a través de campañas publicitarias, charlas informativas en los centros escolares, proyección de películas y discusión posterior sobre las mismas y, finalmente, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y grupos comunitarios han difundido numerosos folletos, carteles, propaganda y anuncios en lugares públicos (Agencia Antidroga, 1998, 1999).

Paralelamente a estos enfoques, centrados exclusivamente en la difusión de información, se han desarrollado otras aproximaciones relativamente distintas. En primer lugar, se encuentran aquellos programas que intentan dramatizar los peligros y riesgos relacionados con el consumo de drogas y que tratan de reducir o evitar el consumo basándose en la activación del miedo resaltando las peligrosas consecuencias de las drogas (ej. campañas de la DGT donde se muestran imágenes de accidentes de tráfico de jóvenes que han consumido alcohol). En segundo lugar, destacan las intervenciones basadas en una dimensión ética o moral que muestran las consecuencias del uso de sustancias desde un enfoque o argumentación moral o religiosa. Este tipo de aproximaciones se sustentan en investigaciones empíricas que muestran cómo jóvenes que son más religiosos tienen menos probabilidad de abusar de sustancias (Jessor y Jessor, 1977). No obstante, no queda demostrado que este enfoque sea eficaz

para adolescentes no religiosos o que no posean las creencias que les harían responder a dicha argumentación religiosa o moral.

3.3.1.2. Educación afectiva

A mediados de la década de 1970, se pasó de un enfoque preventivo basado meramente en la difusión de la información a otros que enfatizaban fundamentalmente el desarrollo social y personal de los adolescentes y jóvenes. El planteamiento que subyace a estos programas es que el abuso de drogas puede ser prevenido por medio de intervenciones que incrementan la habilidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades básicas a través de las instituciones sociales existentes (Swisher, 1979).

Típicamente, estos paquetes incluyen actividades de aula para el fomento de la autoestima, habilidades de comunicación, la clarificación de los valores personales y sociales y la toma de decisiones y que en la Comunidad Valenciana han servido como base para el desarrollo de los programas utilizados en la actualidad por la Dirección General de Drogodependencias.

3.3.1.3. Fomento de actividades alternativas

Otra de las aproximaciones a la prevención del abuso de drogas se centró en el diseño y puesta en marcha de diversas alternativas al consumo dirigidas a la población adolescente. Estas propuestas incluían una amplia variedad de actividades comunitarias, educativas y recreativas (ej., arte, música, deporte) utilizadas como sustitutos del uso de drogas al ofrecer a los jóvenes oportunidades concretas para el desafío, la excitación y el desarrollo personal.

En todo caso, parten de la premisa de que es necesario proporcionar alternativas específicas para cada individuo, es decir, las actividades estarían supeditadas a las necesidades propias de cada adolescente (ej., deseo de relajación física o de mayor energía: fomento del atletismo, el ejercicio físico o el caminar; deseo de estimulación: fomento del arte, la música y del apego a la naturaleza).

3.3.1.4. Valoración de los enfoques tradicionales

Los estudios de evaluación que se han realizado en referencia a los programas informativos han mostrado que, si bien estas estrategias han permitido profundizar en el conocimiento de las consecuencias del uso de sustancias y, en algunos casos, han logrado un cambio en las actitudes de los jóvenes con respecto al mismo, cuando se aplican de manera exclusiva, son raros los casos que han mostrado tener un verdadero impacto sobre la conducta de consumo.

De hecho, es amplia la evidencia que indica que los resultados pueden ser contrarios a los deseados, en la medida en que estos programas pueden producir un incremento del consumo, debido a la curiosidad que despierta en los adolescentes los posibles efectos placenteros de las drogas. De hecho, son muchos los autores que han evaluado la efectividad de los programas guiados por los supuestos de los enfoques tradicionales y, en la mayor parte de los casos, la evidencia ha indicado consistentemente la ineficacia de los mismos para la prevención a largo plazo del consumo de drogas, siempre que han sido implementados como estrategia única de intervención (Berberian, et al., 1976; Braucht et.al., 1973; Goodstadt, 1974; Shaps et al., 1981; Swisher et al., 1975;).

Con respecto a los programas que se basan en la activación del miedo y en la argumentación moral, no existen datos empíricos que demuestren sus efectos en el consumo de drogas de forma independiente, ya que suelen implementarse junto a estrategias informativas. No obstante, dada la ineficacia que han mostrado las intervenciones basadas en el conocimiento, se puede prever que estos dos tipos de intervenciones aplicadas por sí solas no resultarían demasiado eficaces en el tema que nos ocupa.

3.3.1.4.1. Enfoques informativos

Basándonos en los resultados de los estudios de evaluación de programas informativos (Tabla 3.1), se observa que si bien estas estrategias han permitido profundizar en el conocimiento de las consecuencias del uso de sustancias y, en algunos casos, han logrado un cambio efectivo de las actitudes de los jóvenes con respecto al mismo, en muy pocos casos han mostrado tener un impacto verdadero sobre la conducta real de consumo. Además, hay evidencia suficiente que indica

que este tipo de aproximación puede conducir a un incremento importante del consumo debido a que estimula la curiosidad de los adolescentes con respecto a sus posibles efectos placenteros (Gordon et al., 1982; Mason, 1973; Swisher et al., 1971).

En lo que se refiere a los programas específicos apoyados en la activación del miedo y en la argumentación moral, al ser éstos implementados generalmente de forma conjunta con las estrategias informativas, no existe evidencia concerniente a sus posibles efectos independientes sobre el abuso de sustancias.

Tabla 3.1. Estudios de evaluación de las aproximaciones centradas en la difusión de la información (enfoques informativos).

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Weir (1968)	Estudiantes de escuela superior.	Administración repetida de cuestionarios.	Cambio significativo de las actitudes ante el consumo.
Degnan (1972)	Estudiantes de 1º de B.U.P.	Medidas Pre-Post.	Cambio de actitudes no significativo.
Richardson et al., (1972)	Estudiantes de 5º de E.G.B. Duración 10 horas. Programa: Películas, conferencias y discusiones.	Medidas Pre-Post.	Cambio de actitudes no significativo.
Friedman (1973)	Estudiantes de 7º y 8º de E.G.B. Duración: 14 semanas, 1 clase semanal. Programa: ilustración de situaciones y decisiones asociadas al consumo de droga.	Cuestionarios con medidas Pre-Post.	Cambio de actitudes significativo.
Mason (1973)	Estudiantes de 8º de E.G.B. y C.O.U. Duración: no descrita.	Medidas Pre-Post.	Incremento del conocimiento y de la curiosidad hacia las drogas. Tendencia hacia un incremento del consumo.
Rosenblitt y Nagey (1973)	Estudiantes de 7º de E.G.B. Duración: 6 sesiones de 45 minutos cada una. Programa: presentación de razones a favor y en contra del uso de drogas.	Medidas Pre-Post sin grupo control.	Incremento del conocimiento sobre las drogas. Tendencia al aumento del uso del alcohol y del tabaco.

Tabla 3.1. Estudios de evaluación de las aproximaciones centradas en la difusión de la información (enfoques informativos). (continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
O'Rourke y Barr (1974)	Estudiantes de escuela superior. Duración: 6 meses de curso. Programa: utilización de la guía curricular del estado de Nueva York.	Medida Postest solamente.	Cambio de actitudes sólo para varones.
Stenmark et al. (1977)	Estudiantes de farmacia y no universitarios. Duración: 2-4 años. Programa: trabajos de clase.	Medidas Pre-Post.	En estudiantes de Farmacia, incremento del conocimiento sobre las drogas y aumento de las actitudes liberales con respecto al consumo.

Diversos autores ocupados en analizar las razones que podrían explicar el reducido impacto de este tipo de programas, han destacado las siguientes (Rhodes y Jason, 1988):

- a) Primero, estos programas se basan en la idea de que los jóvenes se inician en el consumo porque desconocen los riesgos potenciales del mismo, pero la evidencia señala que el consumo se explica a través de una gran variedad de factores y no simplemente por la ausencia de conocimientos sobre los peligros tanto para la salud como sociales o legales.
- b) Segundo, las investigaciones en este campo han demostrado que mientras que es probable que los niños y los adolescentes más jóvenes adopten las opiniones de los adultos a los que respetan, los adolescentes que están entrando en un nivel de procesamiento cognitivo más alto y que han desarrollado una fuerte identificación con la conducta adulta, es más probable que se rebelen contra todos aquellos comportamientos y actitudes de los mayores que sean inconsistentes con la información que se les ofrece sobre el alcohol o el tabaco. Así pues, los adolescentes cuestionarían firmemente los mensajes adultos contra el consumo de estas sustancias especialmente cuando observan que sus padres y figuras próximas lo hacen cotidianamente (Gordon y McAlister, 1982).
- c) Tercero, los estudios han ofrecido resultados contradictorios sobre los efectos a medio y largo plazo tanto físicos como sociales de este tipo de sustancias.

Así, por ejemplo, mensajes emitidos por los medios de comunicación sobre los resultados de investigaciones que sugieren que el consumo moderado de alcohol podría llegar a proteger de ciertas enfermedades crónicas (LaPorte et al., 1980), pueden ser entendidos por los adolescentes como susceptibles de ser generalizados a otras sustancias y sentirse protegidos del desarrollo de futuros problemas personales y de salud gracias a un uso ocasional de las mismas.

En conclusión, y después de más de una década de investigación en esta línea de trabajo, es posible afirmar que la presentación aislada de información con respecto a las drogas no detiene ni disminuye el consumo de sustancias. A pesar de ello, el desarrollo de programas educativos sigue siendo una de las aproximaciones preventivas más utilizadas, especialmente en el ámbito escolar, aunque su escaso impacto ha conducido a la búsqueda de nuevas formas de acercamiento al problema más eficaces, que suponen estrategias más completas al abarcar un mayor campo de actuación y fomentar la participación activa de la población a la que se dirigen.

Así, después de una década y media de investigación, se puede concluir que la aplicación de programas basados exclusivamente en el aumento de los conocimientos sobre las drogas se ha mostrado ineficaz, tanto en la prevención del consumo de sustancias como en su reducción una vez comenzado éste. Aún así, como se indicaba anteriormente, este es un enfoque todavía ampliamente utilizado, especialmente en el ámbito escolar.

De forma similar, los programas basados en la educación afectiva y el fomento de actividades alternativas se han mostrado, en general, ineficaces (Malvin, et al., 1985; Moskowitz, et al., 1985). No obstante, la mayor parte de los autores coinciden en subrayar que, aunque con estos programas no se producen cambios importantes en el comportamiento de los jóvenes, se obtiene un incremento importante, tanto de los conocimientos sobre el alcohol y otras sustancias como de la propia autoestima y de la habilidad para tomar decisiones (Schaps et al., 1982).

Como explicación a la escasa efectividad de este tipo de intervenciones, Botvin y Botvin (1993) han planteado las siguientes razones: (a) no toman en

consideración factores de carácter psicosocial que fomentan el uso/abuso de sustancias como, por ejemplo, la presión de los iguales hacia el consumo y, (b) la inadecuación de los métodos de enseñanza utilizados, bien porque no han sido evaluados previamente, o bien porque no ponen el suficiente énfasis en el entrenamiento de habilidades a través de técnicas de cambio de conducta validadas empíricamente.

En resumen, las múltiples investigaciones que han evaluado los programas preventivos basados en estos enfoques teóricos tradicionales, han verificado su ineficacia de cara a la prevención a largo plazo del abuso de sustancias, siempre que han sido implementados como estrategia única de intervención (Degnan, 1972; Mason, 1973; O'Rourke y Barr, 1974; Richardson et al., 1972; Rosenblitt y Nagey, 1973; Stenmark et al., 1977).

3.3.1.4.2. Enfoques afectivos y alternativos

Al igual que ocurría con los programas centrados en la difusión de la información, los estudios sobre la eficacia de la educación afectiva y del fomento de actividades alternativas al consumo son confusos, a pesar de que algunas intervenciones focalizadas en la educación de carácter afectivo, hayan sido capaces de demostrar algún efecto en el comportamiento adictivo adolescente (Tabla 3.2). A pesar de ello, la mayor parte de los autores coinciden en que, con estos programas, se obtiene un incremento importante tanto de los conocimientos de los jóvenes sobre las distintas sustancias psicoactivas como de la propia autoestima y de la toma de decisiones eficaz, pero no se producen cambios notables en su comportamiento (Schaps et al., 1981; 1982).

Con respecto a la escasa eficacia de los enfoques basados en la educación afectiva, los autores han planteado dos posibles efectos explicativos (Botvin y Botvin, 1993): (a) el hecho de que este tipo de programas no consideren factores de carácter psicosocial que fomentan el uso/abuso de sustancias como, por ejemplo, la presión de los iguales hacia el consumo y, (b) la inadecuación de los métodos de enseñanza utilizados (ej., juegos o ejercicios experimentales) bien porque no han sido evaluados previamente, o bien porque no ponen el suficiente énfasis en el entrenamiento de habilidades a través de técnicas de cambio de conducta validadas empíricamente.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones de educación afectiva y fomento de actividades alternativas (enfoques afectivos y alternativos).
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado; 2000).

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Moskowitz et al. (1982)	Estudiantes de 3° y 4° de E.G.B. Duración: 42 sesiones durante 2 años. Programa: diseño de la técnica del círculo mágico para incrementar la comunicación en pequeños grupos. Implementado por profesores.	Medidas Pre-Post (3° grado). Seguimiento: 1 año.	No hay diferencias significativas entre los que pasaron por el círculo mágico y el grupo control en variables asociadas al consumo de drogas.
Schaps et al. (1982) Moskowitz (1983)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Duración: 12 sesiones. Programa: fomento de la toma de decisiones, establecimiento de metas, asertividad, propaganda, influencias sociales e información sobre drogas. Implementado por profesores.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	Incremento del conocimiento sobre las drogas sólo para chicas de 7° grado. Ausencia de efectos significativos en chicos y chicas de 8° grado. No se mantienen los resultados en el seguimiento.
Moskowitz (1983) Malvin et al. (1985)	Estudiantes de 4°-6°-7° de E.G.B. y 1° de B.U.P. Programa: Fomento de habilidades de comunicación no punitivas con autoestima incrementada por profesores. Implementado por profesores.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	No se observaron efectos significativos del programa.
Moskowitz (1983) Moskowitz et al., (1985)	Estudiantes de 4° y 6° de E.G.B. Programa: utilización de la técnica Jigsaw en pequeños grupos. Implementado por profesores y compañeros.	1° año: Pre-Test (4° y 5° grado) 2° año: Pre-Test (4° grado). Post-Test (4°-6° grado). 3° año: Post-Test (5°- 6° grado).	No se observaron efectos significativos del programa.
Malvin et al. (1985)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: una clase educacional por día durante un semestre y se trabaja en una actividad escolar 2-3 veces semana. Tutorías realizadas por profesores y compañeros.	Medidas Pre-Test. Seguimiento: 2 años.	No hubo efectos en variables relevantes para el consumo ni en otras tal es como la autoestima o el aprecio a la escuela.

3.3.2. Enfoques psicosociales

Las aproximaciones psicosociales son más complejas que los enfoques tradicionales y dirigen sus actuaciones a los factores psicológicos y sociales que median en el uso de drogas. Sus estrategias van encaminadas al entrenamiento de las habilidades de afrontamiento de los jóvenes, con el fin de que puedan resistir las presiones sociales hacia el uso de drogas. Dentro de este enfoque se distinguen dos tipos de programas: aquellos que tienen como objetivo el fomento de habilidades de afrontamiento específicas para el consumo y aquellos que llevan a cabo un entrenamiento en habilidades generales de manejo cotidiano (Baldivieso y Perotto, 1993).

Los enfoques psicosociales tienen una serie de diferencias con respecto a los planteamientos tradicionales: primero, se basan en una comprensión más amplia y completa de las causas del abuso de sustancias entre los adolescentes; segundo, se sustentan en teorías reconocidas sobre la conducta humana (ej. teoría del aprendizaje social); tercero, utilizan técnicas cuya eficacia ha sido probada empíricamente; cuarto, los estudios de evaluación muestran un mayor rigor metodológico y se utilizan diseños de investigación más útiles. Por todo ello, este tipo de enfoques supone un gran avance hacia una prevención eficaz al superar muchos de las limitaciones de los planteamientos tradicionales.

Revisando la literatura existente sobre prevención psicosocial, se observa que la mayoría de los programas se encuentran orientados al consumo de tabaco. Esto se debe a que en nuestras sociedades es la droga más comúnmente extendida, además de suponer uno de los primeros pasos en el fenómeno de escalada que explica la posterior implicación en otro tipo de sustancias adictivas. No obstante, investigaciones más recientes se han centrado, también, en analizar el impacto de este tipo de intervenciones en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

A continuación se expone con más detalle las distintas estrategias y programas preventivos que se han elaborado desde el enfoque psicosocial, analizando sus características más importantes y, sobre todo, la eficacia de los mismos según el análisis que han llevado a cabo diversos estudios de evaluación.

3.3.2.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas

3.3.2.1.1. Inoculación psicológica

Esta aproximación se basa en el concepto de inoculación psicológica que es análogo al utilizado en el modelo médico de prevención de enfermedades, que inocular un germen para hacer al organismo inmune al mismo. Adaptando el análogo psicológico de "virus" (presiones sociales favorables al consumo), la forma de prevenir la "infección" es exponer al individuo a dosis débiles de estos "virus" para facilitar el desarrollo de "anticuerpos" eficaces (habilidades para resistir las presiones hacia el inicio y mantenimiento de conductas no saludables).

Evans y su equipo son los que más ampliamente han desarrollado este tipo de programas que, desde los años 70, se ha aplicado con distintos grados de éxito (Evans, 1976; Evans y cols., 1978; 1981; Evans, Raines y Owen, 1989). Estos autores señalan que en la infancia se dan tres formas principales de presión para fumar: la presión paterna, la de los compañeros y la de los mensajes coercitivos de los medios de comunicación. Así, defienden la idea de que, al exponer gradualmente a los niños a situaciones sociales donde puede haber presión hacia el consumo, se facilitará la práctica de estrategias de afrontamiento que les van a ser útiles en el futuro cuando se enfrenten, de hecho, a compañeros que les coaccionen para que empiecen a fumar.

Estos programas no se centran en convencer a los niños para que no fumen, sino que pretende, a través de la repetición de ejercicios tales como el role-playing, que desarrollen habilidades lo suficientemente potentes como para poder resistir a las presiones externas hacia el consumo.

Algunos autores han introducido variaciones en los procedimientos que establecieron Evans y sus colaboradores con el objetivo de descubrir qué componentes se muestran más relevantes a la hora de aumentar la eficacia de este tipo de programas (Arkin y cols., 1981; Hurd y cols., 1980; Luepker, Johnson, Murray y Pechacek, 1983; McAlister y cols., 1980; Perry, Killen, Slinkard y McAlister, 1980; Telch y cols., 1982).

Salvando las diferencias que puedan existir entre los procedimientos que elaboran los distintos grupos de investigación, todos ellos defienden dos objetivos comunes: aumentar la conciencia de los estudiantes sobre las diversas influencias sociales hacia el consumo de tabaco y otras drogas, y enseñar habilidades específicas de resistencia a las presiones sociales.

3.3.2.1.2. Habilidades de resistencia a la influencia social

Este enfoque está basado en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) que considera que el uso de drogas es una conducta que se adquiere, inicia y refuerza socialmente por el uso de drogas por parte de las personas cercanas al joven. A través de los tres tipos de influencias (familiares, del grupo de iguales y de los medios de comunicación) el adolescente aprende y configura sus propias percepciones sobre lo que es una conducta aceptada, normal o deseable. Por tanto, esta propuesta se centra en tratar la presión social hacia el consumo, uno de los factores de riesgo que se ha mostrado más relevante en el inicio y el mantenimiento del abuso de drogas adolescente y juvenil, a través del entrenamiento en habilidades de resistencia a dicha influencia.

Este tipo de programas, que han tenido su mayor difusión a partir de los años 80, se aplica generalmente en el medio escolar donde los profesores entrenan a los estudiantes a identificar y resistir las influencias sociales hacia el uso de drogas y, en la mayor parte de los casos, a superar las dificultades y el estrés anticipatorio asociados al proceso de resistencia a tales influencias (Botvin, 1986). Para ello se sirven de diversas técnicas como instrucciones, modelado y role-playing. Algunos de los programas que se llevan a cabo desde esta orientación introducen una serie de variantes en sus objetivos y estrategias que pueden aumentar la eficacia de los mismos:

En primer lugar, el objetivo de algunos programas ha sido promover en los jóvenes normas negativas frente al uso de drogas (Hansen, 1992; Hansen y cols., 1988; Hansen y Graham, 1991; Mackinnon y cols., 1991).

Así, el uso de drogas es considerado como una conducta socialmente inaceptable, se identifican las consecuencias a corto plazo del mismo y se provee de evidencia suficiente de que el consumo de drogas no es tan amplio entre los

compañeros como los niños piensan y, por último, se fomentan los compromisos públicos para mantenerse libres de drogas (Botvin, 1986; Perry y cols., 1989).

En segundo lugar, se han utilizado distintas técnicas como: (a) el entrenamiento en solución de problemas y la toma de decisiones; (b) habilidades para el fomento del autocontrol, la autoeficacia y la comunicación interpersonal; (c) estrategias de afrontamiento adaptativas para reducir el estrés y la ansiedad y, (d) habilidades asertivas generales (Botvin, 1986; Flay, 1985; Otero, 1994). Al respecto destacan por un lado, el programa de entrenamiento en habilidades como el desarrollado por Botvin que combinó, tanto elementos del entrenamiento en resistencia a la influencia social como el entrenamiento en habilidades de competencia social (Botvin y Wills, 1985); por otro lado, proyectos más recientes en los que las estrategias de resistencia en el aula se combinaron con programas en los medios de comunicación y estrategias de implicación de los padres en intervenciones más globales con el fin de cambiar las normas con respecto al uso de drogas e incrementar la capacidad general de resistencia de los adolescentes (Pentz y cols., 1989).

En tercer lugar, se han introducido variaciones en la persona que dirige dichas intervenciones. Si bien normalmente, las sesiones son llevadas a cabo por el profesor, son muchos los programas que han sido dirigidos por alumnos entrenados consiguiendo, en estos casos, mayores reducciones en el uso de drogas de los compañeros (Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1990; Klepp, Halper y Perry, 1986). Los autores plantean que esta diferencia en los resultados puede deberse a dos motivos fundamentales: por un lado, una mayor fidelidad en la implementación del programa por parte de los líderes de cada clase, dando lugar a una adquisición mayor de habilidades en los estudiantes; por otro lado, el hecho de que los líderes puedan llegar a estimular más poderosamente que los profesores las normas de clase opuestas al uso de drogas.

Los estudios de evaluación muestran distintos grados de eficacia de este tipo de intervenciones dependiendo de la sustancia a la que nos estemos refiriendo. En el caso del consumo de tabaco, por ejemplo, se han observado reducciones significativas en la prevalencia del mismo después del entrenamiento en comparación con los controles (Botvin, 1986; Bukoski, 1986; Flay, 1985; Murray y cols., 1988; Moskowitz, 1989; Tobler, 1986). No obstante, en el caso de otras

sustancias, los resultados no son tan concluyentes. Así, en el caso del alcohol o la marihuana, aunque muchos autores han defendido que es posible hablar de efectos similares en la prevención o en la demora en el inicio del consumo de las mismas (Botvin, 1986; Ellickson, Bell y McGuigan, 1993; Hansen y cols., 1988; Johnson, Schoutz, y Locke, 1984; Pentz y cols., 1989), otros no han encontrado efecto alguno de este tipo de programas en el caso de sustancias distintas al tabaco (Biglan y cols., 1987; Gersick, Grady y Snow, 1988).

Por último, cabe señalar que la mayor parte de estas intervenciones no se han centrado de forma específica en los grupos de riesgo para el abuso de drogas y, además, existen pocos estudios de evaluación sobre sus efectos en este grupo concreto de la población. Aún así, algunos datos revelan que estos programas reducen el consumo de tabaco entre estudiantes con padres y amigos que fuman (Botvin y Wills, 1985) y, cuando se ha estudiado el efecto de este tipo de intervenciones preventivas en grupos con características demográficas especiales (ej., deprivación económica, pertenencia a barrios pobres con alta tasa de delincuencia), se han obtenido resultados muy prometedores (Botvin y cols., 1989; Schinke, Bebel, Orlandi y Botvin, 1988; Schinke y cols., 1988).

3.3.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales y personales

En contraste con aquellos programas que proponen un entrenamiento específico en habilidades de resistencia, se han llevado a cabo intervenciones preventivas centradas en el aprendizaje y entrenamiento de una amplia variedad de habilidades generales (habilidades sociales y de manejo personal) para afrontar sucesos de la vida cotidiana (Botvin y cols., 1984; Botvin y cols., 1990; Botvin y Eng, 1980; Botvin, Eng y Williams, 1980; Botvin, Renick y Baker, 1983; Pentz, 1983; Schinke, 1984; Schinke y Blythe, 1981; Schinke y Gilchrist, 1983; 1984).

Desde esta perspectiva, el abuso de sustancias es considerado como una conducta funcional socialmente adquirida, resultado de la interacción entre factores sociales y personales. Es decir, la conducta de uso de drogas, al igual que otras conductas, se aprende a través de procesos como el modelado y el reforzamiento social que, a su vez, están influidos por factores personales como las cogniciones, las actitudes y las creencias. Todas estas aproximaciones

coinciden en considerar la conducta de abuso de drogas como un déficit de habilidades de afrontamiento generales de los consumidores potenciales (Botvin, 1986; Botvin y Wills, 1985; Flay, 1985) aunque postulen diferentes causas a este problema.

Un aspecto fundamental de estos programas es el énfasis que ponen en el aprendizaje de una amplia gama de habilidades personales y sociales en una gran variedad de situaciones que pueden estar más o menos vinculadas con el uso de sustancias. De esta manera, se incluyen componentes y estrategias generales como: (a) la solución de problemas generales y habilidades de toma de decisiones (ej., tormenta de ideas, toma de decisiones); (b) las habilidades cognitivas generales para resistir la influencia de los otros y la de los medios de comunicación (ej., identificación de campañas de publicidad persuasivas, formulación de contra-argumentos); (c) las habilidades para el fomento del autocontrol y la autoestima (ej., autoinstrucciones, autorrefuerzo, principios de cambio personal); (d) las estrategias de afrontamiento adaptativas para aliviar el estrés y la ansiedad a través del uso de habilidades cognitivas o técnicas de relajación conductual; (e) las habilidades interpersonales generales (ej., inicio de interacciones sociales, hacer cumplidos, habilidades conversacionales) y, (f) las habilidades asertivas generales (ej., realizar peticiones, decir "no", expresar sentimientos y opiniones) (Calafat y cols., 1989; Donaldson, Graham y Hansen, 1994; Escámez, 1990; Escámez y Baeza, 1993; García-Rodríguez, 1991; Maciá, 1984, 1986; Mendoza, Villarasa y Ferrer, 1986).

En cualquier caso, este tipo de programas se realiza dentro del ambiente escolar y combinan técnicas como las demostraciones en vivo, el ensayo conductual, las autoinstrucciones, el modelado, el refuerzo contingente, el feedback y una práctica intensiva de las habilidades aprendidas a través de tareas para casa.

Los programas centrados en el desarrollo de este tipo de habilidades generales con mayor relevancia en la literatura preventiva han sido los dirigidos por Pentz y colaboradores (Universidades de Tennessee y Sur de California), Flay y su equipo (Universidad de Waterloo y Sur de California) y Gilchrist y Schinke (Universidad de Cornell). Estas aproximaciones presuponen diferentes causas del abuso de drogas, pero todas ellas coinciden al considerar el problema como un

déficit de habilidades de afrontamiento generales de los consumidores potenciales (Botvin, 1986; Botvin y Wills, 1985; Flay, 1985). A continuación, se expondrán brevemente los programas que, desde esta perspectiva, han tenido un mayor impacto y que han servido de referencia para otros muchos llevados a cabo en mayor o menor escala.

3.3.2.2.1. Programa de entrenamiento en habilidades cognitivo conductuales

La propuesta inicial de este programa fue realizada por Schinke y Gilchrist (1984) que, basándose en la teoría del aprendizaje social, consideran el abuso de drogas como un problema de conducta. Parten de la idea de que aquellos jóvenes que aprenden sistemáticamente las habilidades necesarias para un óptimo manejo cotidiano, desarrollan metas positivas y evitan riesgos innecesarios. Por todo ello, desde una aproximación cognitivo-conductual, los autores pretenden proporcionar a los adolescentes las habilidades sociales necesarias para manejar los problemas de la vida diaria, anticipar y prevenir problemas futuros y optimizar tanto su salud mental como su funcionamiento social, su situación económica y su bienestar físico.

Las estrategias que se utilizan fundamentalmente son: la toma de decisiones, la solución de problemas y la comunicación interpersonal en diversas y variadas situaciones sociales. El programa consta de 8 sesiones de 60 minutos de duración que incluyen: (a) información relevante y adecuada sobre el consumo; (b) el aprendizaje de estrategias de resolución de problemas para el manejo de un amplio rango de situaciones conflictivas; (c) el aprendizaje de técnicas específicas para promover el control personal; (d) el aprendizaje de técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento para resistir el estrés, la ansiedad y la presión y, (e) el entrenamiento en asertividad, modelado y feedback, utilizando refuerzo contingente y tareas para casa para favorecer la generalización de las destrezas aprendidas.

Los estudios de evaluación de este tipo de programas muestran, en general, la efectividad de las aproximaciones que se valen de técnicas cognitivo-conductuales en la prevención del uso de drogas dando lugar, no sólo al cambio comportamental de los jóvenes sino, también, a la modificación de sus actitudes, creencias e intenciones con respecto al mismo (Schinke y Gilchrist, 1985).

3.3.2.2.2. Programa de entrenamiento en habilidades vitales

Este programa, denominado "Life Skills Training" (LST) (entrenamiento en habilidades de la vida), fue desarrollado por Botvin y su equipo (1985, 1990). Su objetivo es enseñar a los adolescentes habilidades para resistir las influencias sociales para consumir drogas, así como habilidades generales de automanejo y habilidades interpersonales. Parte del supuesto de que un método eficaz para disminuir considerablemente el consumo de estas sustancias entre la población adolescente consiste en el desarrollo de habilidades de afrontamiento social, tales como la transferencia de información y el fomento de capacidades más directamente relacionadas con la resistencia a las influencias sociales hacia el fumar, el beber o el uso de drogas.

- 1) Habilidades personales de automanejo. El material se dirige a: a) favorecer el desarrollo de la toma de decisiones y de la solución de problemas; b) enseñar habilidades que permitan la identificación, análisis, interpretación y resistencia de las influencias que proceden de los medios de comunicación; c) proporcionar a los estudiantes habilidades de autocontrol para afrontar la ansiedad y la ira/frustración; d) facilitar a los estudiantes los principios básicos que rigen el cambio de la conducta personal y la automejora.
 - 2) Habilidades sociales. Incluye: a) habilidades de comunicación; b) habilidades sociales generales; c) habilidades que hacen referencia a las relaciones chico/chica; d) habilidades asertivas tanto verbales como no verbales.
 - 3) Información y habilidades relacionadas con las drogas. Se incluye material sobre: a) consecuencias a corto y largo plazo del consumo de drogas; b) conocimientos acerca de los niveles reales de consumo, tanto entre los adolescentes como entre los adultos; c) información que refleja la decreciente aceptabilidad social de la conducta de fumar y el uso de drogas; d) ejercicios para mostrar los efectos fisiológicos inmediatos de la conducta de fumar; e) material referente a las presiones ejercidas por los medios de comunicación; f) técnicas utilizadas en publicidad para promover el consumo de drogas; g) técnicas para resistir la presión ejercida por los iguales.
-

En la aplicación de este programa se utilizan técnicas como: instrucciones, demostraciones, ensayos comportamentales, retroalimentación, reforzamiento social y prácticas extensivas en forma de tareas comportamentales para casa (Botvin, 1985)

Desde el desarrollo del programa LST en 1979, los autores han realizado una serie de estudios de evaluación dirigidos a probar su eficacia. Así, desde el primer estudio piloto para evaluar la efectividad de este programa en la reducción del consumo de tabaco (Botvin, Eng y Williams, 1980), se han llevado a cabo otras evaluaciones para probar la eficacia de la aplicación: a) llevada a cabo por los iguales (Botvin y Eng, 1982); b) dependiendo de la formación de los profesores que lo imparten (Botvin, Renick y Baker, 1983); c) en la prevención del consumo de alcohol (Botvin y cols., 1984); d) en la reducción del consumo de marihuana cuando el programa lo imparte un grupo de iguales de mayor edad (Botvin y cols., 1984); e) considerando todas las variables y sustancias (Botvin y cols., 1990); f) a largo plazo (Botvin y cols., 1995). En general, todos los estudios han mostrado que este programa puede reducir considerablemente, tanto el consumo de tabaco, como el de alcohol y marihuana. Asimismo, se registran cambios significativos en los conocimientos y actitudes relacionados con el consumo de estas sustancias y modificaciones importantes en la asertividad, la ansiedad social y la autoestima de los adolescentes entrenados.

3.3.2.3. Eficacia de los programas

Los programas que se han llevado a cabo desde esta perspectiva han tenido una gran trascendencia. Han sido numerosas las investigaciones de evaluación que se han propuesto (en la tabla 3.2 se resumen los estudios más significativos) y que muestran, en general, resultados alentadores a corto plazo, en comparación a la efectividad de los enfoques tradicionales. Sin embargo, los resultados a largo plazo parecen ser menos consistentes e indican que los efectos de estos programas no se mantienen en años posteriores a su implementación.

Como se puede observar en la tabla 3.2, tanto los programas específicos orientados al entrenamiento de habilidades de resistencia a la influencia social hacia el consumo como aquéllos centrados en el desarrollo de una gran variedad de estrategias generales de manejo de la vida cotidiana, tienen efectos conductuales y cognitivos positivos en el consumo de drogas adolescente.

Además, no sólo afectan a las actitudes y creencias con respecto a los posibles efectos beneficiosos del uso de sustancias sino también a las tasas reales de su consumo.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Evans et al. (1978)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 4 sesiones. Programa: proyección de cintas de video con material sobre presiones sociales, pequeños grupos de discusión. Información sobre las altas tasas de fumadores.	Medidas pre-post.	Las tasas de inicio de la conducta de fumar para los no fumadores expuestos al material de presiones sociales no difieren de las tasas de comienzo para los sujetos expuestos a comprobaciones repetidas y a la película sobre los efectos psicológicos de fumar.
Evans et al. (1981,1989)	Estudiantes de 8° de E.G.B. con intervenciones repelidas en 8° y 1° de B.U.P. Programa: igual que el descrito anteriormente.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	Menos conductas de fumar y pocos intentos de iniciar el consumo en los sujetos experimentales al final de 8° de E.G.B. 1° de B.U.P.
Perry et al. (1980)	Estudiantes de 2° de B.U.P. Duración: 4 sesiones. Programa: material de presiones sociales. Identificación de influencias para fumar, demostración de los efectos psicológicos inmediatos y modelado de estrategias para resistir la presión.	Medidas Pre-Post.	En una pequeña proporción del grupo experimental, disminución de la conducta de fumar al final de la intervención en ausencia de cambios en el grupo de control.
McAlister et al. (1980)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 7 sesiones. Programa (CLASP): material de presiones sociales con grupos de discusión y role-playing. Implementado por pares de edad ligeramente superior.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	El grupo experimental mantiene un menor consumo de tabaco a los 2 años de seguimiento y además muestra menores tasas de uso de alcohol y marihuana después del primer año del mismo.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales. (Continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Minnesota Team (Hurd et al., 1980)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 5 sesiones. Programa: material en cintas de video de presiones sociales dirigidas por estudiantes universitarios conocidos por los alumnos en comparación con sujetos desconocidos; grupos de discusión y role-playing.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	Inmediatamente después de la intervención, los grupos experimentales informaron de menores tasas de consumo de tabaco y, a los 2 años de seguimiento, sólo las tasas del consumo en el grupo personalizado eran significativamente menores.
Botvin y Eng (1980); Botvin et al. (1980)	Estudiantes de 8° de E.G.B. a 2° de B.U.P. Duración: 10 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas centradas en comunicación, toma de decisiones, asertividad y resistencia a las presiones sociales. Implementado por adultos especialistas en educación.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 3 meses.	Menores tasas de inicio en el consumo entre los no fumadores experimentales en comparación con los controles, inmediatamente después de la intervención y a los tres meses de seguimiento.
Botvin y Eng (1982)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 12 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas. Implementado por compañeros mayores.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 1 año.	Menores tasas de consumo de tabaco para los no fumadores iniciales inmediatamente después y al año de la intervención.
Minnesota Team (Arkin et al., 1981)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Programa: 4 condiciones experimentales: (a) material sobre presiones sociales dirigido por un profesional de la salud con suplemento de los medios de comunicación; (b) presiones sociales dirigidas por iguales de la misma edad con igual suplemento; (c) presiones sociales dirigidas por pares sin medios de comunicación y, (d) exposición de las consecuencias para la salud del consumo a largo plazo.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 1 año.	Entre los no fumadores iniciales, el material sobre las consecuencias a largo plazo del consumo fue el más favorable en los primeros resultados pero, al año de seguimiento, fueron los grupos expuestos a las presiones dirigidas por iguales, los que mostraron menores tasas en el consumo de tabaco. No se encontraron cambios significativos para los que eran fumadores al inicio del programa.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) (Continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Jason et al.,(1982)	Estudiantes de 1° de B.U.P. Duración: 6 semanas. Programa: role-playing y entrenamiento en asertividad.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 17 meses.	En el seguimiento más de la mitad de los fumadores del grupo experimental se encontraban abstinentes en ausencia de cambios significativos en los controles.
Perry et al., (1983)	Estudiantes de 2° de B.U.P Duración. 3 sesiones. Programa: material sobre presiones sociales. 2 grupos experimentales: el primero, implementado por profesores habituales y, el segundo, por estudiantes universitarios.	Medidas Pre-Post.	No hay diferencias significativas en cuanto a los resultados obtenidos en función de los dos tipos de instructores.
Schinke y Gilchrist (1983)	Estudiantes de 6° de E.G.B. Duración: 8 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades sociales como solución de problemas, toma de decisiones y resistencia a la presión social.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 3, 6 Y 15 meses.	Menores tasas de consumo en el grupo experimental en comparación con el grupo de control a los 3, 6 y 15 meses de seguimiento.
Botvin, Renick y Baker (1983)	Estudiantes de 7° de E.G.B Duración: 15 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas. Implementado por profesores habituales. Comparación entre formato intensivo (sesión diaria) y prolongado (sesiones semanales).	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 1 año.	Ambos grupos experimentales tuvieron tasas menores de consumo inmediatamente después y al año de seguimiento. No hubo diferencias entre los dos formatos después de la intervención pero, al año de seguimiento, las menores tasas de consumo se encontraron en el grupo de formato intensivo.
Best et al., (1984)	Estudiantes de 6° de E.G.B. Duración: 8 sesiones. Programa: entrenamiento en resistencia a la influencia social y toma de decisiones, 2 sesiones de repaso en 7° curso y 1 sesión en 8° curso. Implementado por educadores de salud.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años y medio.	Efectos significativos en la prevalencia transversal. Reducciones significativas en el consumo de los fumadores experimentales. Impacto significativo en los estudiantes con alto riesgo de abusar del tabaco.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) (Continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Minnesota Team (Murray et al. 1984)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Programa: replica del estudio de Arkin y cols. (1981). Implementado por profesores habituales en vez de profesionales de la salud.	Medidas Pre-Post. Seguimiento : 1 año.	No se encontraron diferencias entre las 4 condiciones experimentales para el grupo de no fumadores iniciales ni para el grupo de fumadores. Las tasas de consumo en todos los grupos combinados eran menores que en el grupo de información. Tendencia hacia el aumento del consumo en el grupo dirigido por el profesor.
Dupont y Jason, 1984	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: exposición de información sobre el consumo y ensayo de estrategias de afrontamiento con modelado y role-playing.	Medidas Pre-Post.	Disminución del consumo de tóxicos en el grupo experimental en comparación con grupo de control. Mejora general de las capacidades cognitivas y conductuales de los jóvenes.
Botvin et al. (1984)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 20 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas. Implementado por profesores versus pares de mayor edad.	Medidas Pre-Post.	Menores tasas de consumo inmediatamente después de la intervención para los grupos conducidos por iguales comparados con los grupos conducidos por profesores y controles. Similares tasas de consumo en estos dos últimos.
Botvin et al. (1984)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 20 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas centradas en el uso indebido del alcohol. Implementado por los profesores habituales.	Medidas Pre-Post. Seguimiento : 6 meses.	Tasas significativamente menores de consumo y uso indebido de alcohol (borracheras) en el grupo experimental en comparación con el grupo control.
Botvin (1985)	Estudiantes de 8° de E.G.B. Medidas Pre-Post Programa (LST): entrenamiento en habilidades de vida personales y sociales. Fomento de la competencia social.	Medidas Pre-Post.	Menores tasas (50%) de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en sujetos entrenados. Cambios significativos en actitudes, asertividad, ansiedad social y autoestima.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) (Continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Maciá (1984,1986)	Estudiantes de 7° y 8° E.G.B. Primeros cursos de BUP. Duración: 10 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol. Difusión de información sobre las drogas y sus efectos. Modelado y ensayo de conducta.	Medidas Pre-Post.	Incremento significativo del conocimiento de los jóvenes sobre la droga y sus consecuencias. Mejora de las habilidades comportamentales dirigidas a prevenir las situaciones asociadas al inicio del consumo.
Pentz (1986)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Programa (STAR): incremento de la competencia social y entrenamiento en asertividad, Información, práctica guiada, modelado y feedback. Implementado por profesores e iguales entrenados.	Medidas Pre-Pos. Duración: 10 sesiones.	Incremento significativo de la competencia social y menores tasas de consumo en sujetos entrenados en comparación con los controles.
Botvin et al. (1989,1990)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 15 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas. Implementado por los profesores habituales.	Medidas Pre-Post.	Tasas menores de consumo en el grupo experimental en comparación con grupo de control. Efectos significativos de la intervención en el conocimiento de las consecuencias del consumo y en las expectativas con respecto al mismo.
Calafat et al. (1989)	Estudiantes de 8° de E.G.B, 1° de BUP y FP-I Programa: (a) formación del profesorado y (b) trabajo en grupos de discusión, representación de escenas y elaboración de trabajos de investigación. 4 módulos: conceptos básicos, proceso de iniciación a las drogas, presión de grupo y ayuda a los demás.	Medidas Pre-Post.	Mejora de las habilidades de afrontamiento a situaciones relacionadas con las drogas. Incremento del conocimiento de las situaciones facilitadoras del consumo y la forma de prevenirlas.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.
(Tomado de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) (Continuación)

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Caplan et al. (1992)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Duración: 20 sesiones. Programa: manejo del estrés, incremento del autoconcepto y de la autoestima, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, información sobre las consecuencias del consumo, habilidades de resistencia y comunicación y uso de los recursos comunitarios.	Medidas Pre-Post.	Decrementos significativos del consumo. Cambio positivo de las actitudes hacia las drogas.
Escámez y Baeza (1993)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: cambio actitudinal sobre las drogas a través de contenido informativos y técnicas pedagógicas específicas.	Medidas Pre-Post.	Cambio significativo de las actitudes con respecto a las drogas y a su consumo. Mayor intensidad y fuerza de aquellas opuestas al mismo.
Donaldson et al. (1994)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: información sobre las consecuencias del consumo, educación normativa, entrenamiento en habilidades de afrontamiento.	Medidas Pre-Post.	Eficacia del empleo del entrenamiento en habilidades sociales y de la corrección de las creencias normativas para la prevención del consumo de drogas.

En el sentido propuesto, la evidencia sugiere que, en general, tanto los programas específicos orientados al entrenamiento de habilidades de resistencia a la influencia social hacia el consumo como aquéllos centrados en el desarrollo de gran variedad de estrategias generales de manejo, tanto personales como sociales para el afrontamiento de la vida cotidiana, tienen efectos conductuales y cognitivos positivos en el consumo de drogas adolescente, al afectar no sólo a las actitudes y creencias con respecto a los posibles efectos beneficiosos del uso de sustancias, sino también a las tasas reales de su consumo (Schinke, Botvin y Orlandi, 1991).

A pesar de este éxito inicial, una de las cuestiones pendientes relacionadas con la eficacia de este tipo de intervenciones es el mantenimiento de los logros a largo plazo. En este sentido, los escasos estudios que han evaluado seriamente la eficacia de sus planteamientos, una vez implementados los programas

preventivos, apuntan al deterioro considerable de los efectos positivos iniciales entre los 2 y los 8 años posteriores a la aplicación de los mismos (Botvin et al., 1990; Flay et al., 1989; Hansen et al., 1988; Murray, Pirie, Luepker y Pallonen, 1989). Así pues, el hecho de que los participantes del programa puedan tener niveles iguales o mayores de uso de la sustancia que los controles dos años después de la intervención plantea la cuestión de si las intervenciones centradas fundamentalmente en la influencia social tienen efectos verdaderamente importantes sobre el abuso de drogas. Hasta el momento, no son muchos los estudios de prevención que aborden el consumo excesivo de sustancias y que hayan realizado un seguimiento exhaustivo de los jóvenes participantes desde la niñez hasta la adolescencia o la edad adulta, que puedan llegar a determinar la verdadera influencia de este tipo de intervenciones a la hora de prevenir el uso/abuso de drogas en la población más joven.

Además, los autores señalan que aun cuando las estrategias de resistencia a la influencia social son útiles para reducir la prevalencia del uso de drogas adolescente, pueden no tener un efecto significativo en la tasa del abuso temprano de las mismas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). De esta forma, mientras que este tipo de programas pueden tener una relativa influencia en la transición que va de la abstinencia al uso experimental de estas sustancias, no parecen, en un análisis más profundo, ni prevenir ni reducir patrones de uso más regulares que la simple experimentación (ej., consumidores excesivos de alcohol u otras drogas). Así, por ejemplo, es posible que estos programas puedan tener efectos positivos en la reducción del consumo de alcohol en la población general, pero que no lleguen a afectar al 5% de aquéllos que tienen un riesgo mayor de padecer problemas relacionados con el alcohol, o que manifiestan patrones de abuso ya establecidos.

En cualquier caso, las aproximaciones a la prevención desde una perspectiva psicosocial siguen siendo, en la actualidad, las propuestas más defendidas ya que dotan a los jóvenes de un gran número de recursos para el manejo de importantes factores de riesgo como son la presión social hacia el consumo y el déficit de habilidades de manejo cotidiano pero, se plantea, cada vez con más intensidad, la necesidad de incorporarlas dentro de un marco de intervención más amplio que abarque no sólo la formación de los adolescentes sino la preparación de toda la

comunidad para facilitar el cambio y, lo que es más importante, asegurar su mantenimiento a largo plazo.

3.3.2.3.1. Limitaciones prácticas

A la vista de los resultados y desde una perspectiva exclusivamente práctica, se han propuesto una serie de problemas técnicos que podrían explicar las limitaciones de este tipo de programas a la hora de conseguir cambios duraderos en los patrones de uso de sustancias de los jóvenes. Estas dificultades hacen referencia a:

- a) La complejidad. Se trata de programas que pretenden tratar un rango de habilidades demasiado amplio y es posible que el joven que se propone llevarlo a cabo perciba que no dispone de tiempo suficiente para tratar en profundidad cada área y opte por tratar cada tema de forma superficial. En este mismo sentido, los adolescentes que reciben una intervención tan complicada, pueden llegar a sentirse sobrecargados por el número de cambios que se le piden en un corto espacio de tiempo y, en consecuencia, no implicarse demasiado en su desarrollo.
 - b) El coste. Esta limitación tiene que ver con el coste económico que supone la implementación de las intervenciones. La mayor parte de los programas revisados requieren que la escuela contrate todo un paquete de intervención que incluye generalmente los manuales del profesor y guías para los estudiantes, ciertos suplementos audiovisuales y los sueldos de los expertos encargados de controlar y vigilar la implementación del mismo. Si a esto se le suma un número considerable de participantes y el alquiler de los lugares donde se realice, el coste económico que puede suponer el realizar uno de estos programas puede llegar a ser prohibitivo haciendo imposible que puedan ser aprovechados por la mayor parte de los estudiantes. Además, muchos de estos programas basados en el entrenamiento de habilidades tienen también un alto coste en términos de tiempo ya que además de las horas que requieren para su implementación necesitan aproximadamente de entre 7 a 20 horas para reuniones previas a su desarrollo (Glasgow y McCaul, 1985).
-

- c) Población diana. Por lo general, todos los proyectos de prevención del consumo de drogas basados en el entrenamiento de habilidades se dirigen a poblaciones de clase media, por lo que la mayor parte de la investigación en este campo se ha realizado con este tipo de población. Esto demuestra su adecuación sólo para este rango de jóvenes y no para una gran proporción de adolescentes de alto riesgo y consumidores pertenecientes a la clase baja, donde sólo una minoría son estudiantes y entre los que existen una gran cantidad de diferencias culturales que este tipo de estrategias no contemplan.
- d) Foco al que se dirige el programa. Esta limitación tiene que ver con el foco de interés al que se dirigen estas aproximaciones centradas casi exclusivamente en el desarrollo de estrategias de afrontamiento en la población adolescente. De las recientes investigaciones se desprende que este tipo de intervenciones constituyen sólo un componente de todos aquellos que explican la etiología del abuso de drogas. Así pues, como ya hemos visto, mientras el tener un buen repertorio de habilidades de afrontamiento es crucial a la hora de soportar la influencia negativa del estrés, otros aspectos determinantes como las malas relaciones con los padres y profesores, la falta de recursos de la comunidad y/o el soportar niveles excesivos de estrés pueden también tener un papel relevante en la decisión del joven de tomar drogas. Por ejemplo, es posible que algunos estudiantes que participen en el programa vivan con padres consumidores de alcohol y para ellos, aunque el programa consiga efectos positivos a corto plazo, estos resultados compitan fuertemente con las influencias persuasivas del entorno en el que viven. Probablemente, tendrán pocas oportunidades tras la sesión de entrenamiento para practicar y ser recompensados por el aprendizaje de esas habilidades y, de hecho, podrían incluso estar siendo recompensados por conductas incompatibles con aquellas que se fomentan en la clase. En estas circunstancias, el mantenimiento y generalización de los efectos del programa se verá limitado en muchos casos por agentes externos al mismo que no son debidamente considerados.

3.3.2.3.2. Problemas metodológicos

Muchas de las revisiones sobre la evaluación de estos programas señalan la presencia de distintos problemas de carácter metodológico que también podrían explicar parte de los resultados de eficacia obtenidos. Estos hacen referencia a:

- a) la medida del consumo de tóxicos. Aunque la mayor parte de los estudios utilizan autoinformes basados en la información subjetiva, muchos otros intentan controlar estos sesgos analizando muestras biológicas (ej., análisis de orina). Estas variaciones en los procedimientos de control de la validez de los resultados dificultan la comparación de los datos obtenidos por los distintos estudios y obstaculizan la generalización de los mismos;
- b) el método y la unidad de análisis utilizados. En muchos trabajos la asignación a los grupos de control y tratamiento se hace al azar y la unidad de asignación varía desde escuelas, clases o individuos. Así, por ejemplo, muchos de ellos que han usado la escuela o la clase como unidad de asignación han dirigido el análisis estadístico a nivel individual, confundiendo las diferencias potenciales entre clases y escuelas con efectos del tratamiento (Botvin y Wills, 1985);
- c) el hecho de que la mayor parte de los estudios no explican lo que ocurre con aquellos estudiantes que abandonan el programa. No informan sobre si hay o no diferencias entre los alumnos que permanecen y los que se retiran del entrenamiento, lo que imposibilita la estimación de si este desgaste diferencial puede comprometer a la validez interna de los estudios de partida, y
- d) la mayor parte de los estudios de evaluación de los programas han sido realizados por los propios investigadores altamente motivados en su análisis lo que puede llegar a comprometer, en cierto modo, la objetividad con la que los resultados han sido estimados.

3.3.3. Otros enfoques

3.3.3.1. Enfoques desde los medios de comunicación

Es conocida por todos la poderosa influencia de los medios de comunicación para el desarrollo de actitudes, creencias, normas y conductas en la población que recibe las campañas publicitarias.

Con respecto al consumo de drogas, el análisis del contenido de los mensajes emitidos señala, por lo general, una clara permisividad en su contenido tanto en películas, programas de televisión, espectáculos y/o reportajes (Flay y Sobel, 1983; Winick y Winick, 1976). A pesar de las actuales medidas de

restricción y prohibición de determinados anuncios y mensajes publicitarios, los adolescentes siguen estando expuestos de forma continua a modelos y mensajes implicados en el uso del tabaco o alcohol y otro tipo de drogas comercializadas, lo que podría explicar una mayor tolerancia del consumo y el consiguiente fomento del mismo.

En las últimas décadas, con respecto a las campañas realizadas desde los medios de comunicación de masas para la prevención del consumo es posible revisar un número importante de propuestas llevadas a cabo con resultados más o menos favorables. En la mayor parte de los casos, se ha tratado de campañas que suponen intervenciones para la comunicación de aspectos relevantes para la salud con una mayor implicación de componentes publicitarios. Según Rogers y Storey (1988), la mayor parte de estas propuestas se asientan en un formato genérico de trabajo que tiene los siguientes apartados:

- la producción de sistemas para desarrollar el contenido de la campaña (ej. radio o televisión, programas de entretenimiento, películas, periódicos, videos formativos, apariciones de personajes célebres, documentales, entrevistas);
- el tipo de colaboradores con la campaña (ej., profesionales de la comunicación, expertos en organizaciones);
- el contexto en el que se entiende que la campaña debe tener el mayor impacto (ej., escuelas, familias, comunidad, lugares de trabajo) ;
- los distintos niveles en los que se desea que el impacto tenga lugar (ej., la conducta, las intenciones, las actitudes, el conocimiento, el mantenimiento de logros anteriores) y,
- los principios por los que se va trabajar en la campaña (ej., emitir mensajes claros y simples, enfatizar la conducta positiva más que las consecuencias negativas del consumo, enfatizar consecuencias a corto plazo, combinar la emisión con estrategias interpersonales a nivel comunitario).

La dirección de la influencia de las campañas publicitarias en la prevención del consumo de drogas ha sido ampliamente analizada y los resultados siguen siendo contradictorios e inconsistentes. Así pues, en la literatura se recogen datos que señalan que este tipo de intervenciones pueden incrementar el conocimiento sobre las drogas, modificar las actitudes de los que las reciben en la dirección deseada y conseguir cambios normativos significativos con posterioridad a su emisión (Black, 1989; Johnston, 1985; Johnson y Solis, 1983; Perry, Klepp y

Schultz, 1988;), mientras que otros sostienen que o no tienen efecto alguno o que, incluso, pueden potenciar el consumo (Atkin, Hocking y Block, 1984; Flay y Sobel, 1983).

Diversos autores han analizado específicamente el papel y la eficacia de los medios de comunicación en la prevención del uso de drogas por parte de los adolescentes. Todos ellos coinciden en que para que las campañas lanzadas desde estos medios tengan efectos positivos es necesario que (Backer, Rogers y Sopory, 1992):

- a) Lleguen realmente a la población objetivo, emitiéndose en “prime time”.
 - b) Ofrezcan no sólo información sobre las drogas o fomenten el miedo sobre sus consecuencias si no que promuevan asimismo estrategias para resistir otros poderosos mensajes influyentes de los medios de comunicación o de su contexto.
 - c) Se asocien con eventos o celebraciones importantes que puedan atraer la atención del público hacia un tema específico de la campaña (ej. Incluir el mensaje de cambio de conducta en una actividad de ocio atractiva para la población diana).
 - d) Se utilicen mensajes claros y simples y que sean repetidos a lo largo del tiempo de emisión del programa.
 - e) Subrayen el cambio de conducta positivo en vez de centrarse en las consecuencias negativas de la conducta actual puesto que, como se ha observado, la provocación del miedo raramente es eficaz.
 - f) Pongan de manifiesto las recompensas que pueden obtenerse por el cambio más que la evitación de las consecuencias negativas a largo plazo.
 - g) Impliquen en su diseño y desarrollo la utilización de figuras clave (ej., líderes políticos, deportivos, culturales y/o artísticos), de grupos relevantes o, lo que parece más importante, de modelos característicos del grupo de iguales.
 - h) Se apliquen conjuntamente con técnicas de marketing social y comercial que aumenten su relevancia y utilidad.
 - i) Se utilicen tanto estrategias educativas como de entretenimiento u ocio.
 - j) Dispongan de centros de atención para facilitar el seguimiento inmediato de los cambios de conducta que ocurran como resultado de su emisión.
-

- k) Dirijan los mensajes de cambio a aquellos individuos que ocupen una posición interpersonal de influencia (ej., pares, familia) con respecto al joven consumidor.
- l) Se incluyan mensajes que pongan de manifiesto temas de relevancia para el desarrollo de la identidad del adolescente (ej., libertad, autonomía, aceptación por el grupo de iguales).
- m) Se organicen dentro de un marco de prevención integral en combinación con programas de cooperación familiar, entrenamiento a profesores y alumnos en las escuelas y apoyo y refuerzo comunitario de los esfuerzos preventivos.

En todo caso, parece evidente que los esfuerzos por llevar a cabo un programa preventivo basado en la implicación de los medios de comunicación, en combinación con otro tipo de intervenciones sociales más amplias (ej., entrenamiento de habilidades en el ámbito escolar, programas preventivos comunitarios de rechazo de la oferta de droga, entrenamiento en prevención dentro del núcleo familiar), podría representar un abordaje lo suficientemente poderoso para incitar a toda la comunidad a apoyar los cambios integrales necesarios para tratar, de forma conjunta, los problemas de abuso de drogas y, sobre todo, la prevención temprana del mismo (Backer et al., 1992; Backer y Rogers, 1993).

3.3.3.2. Enfoques comunitarios

Los programas preventivos comunitarios parten de una premisa explicativa más cercana a la realidad personal y social del uso de drogas y de carácter más complejo que las aproximaciones preventivas comentadas llevadas a cabo a partir de los años 70.

En la actualidad, está claro que el abuso de sustancias es un proceso progresivo y crónico con múltiples causas y factores predeterminantes, por lo que las estrategias preventivas deben ser adaptadas a las diferentes etapas del problema e implicar a los distintos factores tanto generales como específicos que afectan al comportamiento de los jóvenes: el individual, el familiar, el grupo de pares y la comunidad que incluye la escuela, los lugares de trabajo y el vecindario local.

En la línea expuesta, este tipo de programas no se centran exclusivamente en la población diana, sino también en las variables ecológicas que influyen en el consumo. Al integrar los esfuerzos preventivos en la familia, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación, esta aproximación intenta abarcar no sólo al individuo sino también las múltiples variables sociales y ambientales implicadas en el uso de drogas adolescente.

Así pues, la dimensión comunitaria de la prevención trata de optimizar las redes de apoyo social y de incidir en el conjunto del entorno social incorporando a grupos, organizaciones e instituciones dentro de un sistema global organizado. Por lo general, se lleva a cabo a través de mediadores comunitarios o agentes sociales intermediarios cercanos a la población diana y con gran influencia y autoridad sobre los restantes miembros de la comunidad (ej., padres, educadores, personal sanitario, trabajadores sociales, líderes vecinales o juveniles, responsables de instituciones).

En cualquier caso, se basa en dos elementos fundamentales: la utilización de todos los recursos disponibles y la movilización de todos los agentes sociales con capacidad de mediación.

De forma genérica, este tipo de aproximaciones se implementan a través de tres niveles integrados de intervención:

- a) La información, con el objetivo de sensibilizar y fomentar la participación de la comunidad, así como facilitar el conocimiento y la accesibilidad a los recursos comunitarios.
- b) La formación, que incluye la preparación de los mediadores sociales y de los colectivos implicados, así como entrenamientos específicos tanto grupales como individuales para resistir a las presiones sociales.
- c) La oferta comunitaria de estilos de vida alternativos y el fomento de la organización y participación del grupo diana en actividades alternativas al consumo (ej., culturales, deportivas y sociales).

Es éste un reto actual en el campo preventivo que supone un compromiso mayor de la sociedad y una estrecha colaboración entre los agentes sociales y

comunitarios para el desarrollo de programas preventivos realmente eficaces. Es a partir de la segunda mitad de los años ochenta cuando han comenzado a desarrollarse intervenciones a nivel macrosocial con resultados bastante positivos, aunque son todavía escasos los estudios sobre la eficacia real de los mismos. Quizás es fuera de nuestras fronteras donde más propuestas se están llevando a cabo y donde, gracias a la obtención de resultados concretos, se defiende la utilidad de este tipo de intervenciones para la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes (Kim, 1982; Perry, 1987; Lefebvre, Lasater, Carleton y Peterson, 1987; Ungerleider y Bloch, 1987; Casswell y Gilmore, 1989; Johnson et al., 1990).

En nuestro país, la expansión de este tipo de intervenciones tanto específicas (incidencia concreta en la drogodependencias) como inespecíficas (abarcando todo el espectro de salud) es bastante más reciente, implementándose de forma independiente según las distintas comunidades autónomas (País Vasco, Mallorca, Cataluña, Valencia, Andalucía o Madrid) y que, por el momento, parecen señalar efectos iniciales positivos aunque en la mayor parte de los casos todavía no existen estudios de evaluación concretos que confirmen estas impresiones (Albein, Sevilla y Carrera, 1992; Calafat et al., 1989; Frojan y Santacreu, 1993; García-Rodríguez, 1991; Generalitat de Catalunya, 1988; Gobierno Vasco, 1991; Pérez de Arróspide y Ruiz, 1993; Plan Regional sobre Drogas, 1995). Además, se cuentan con algunas iniciativas por parte de la Administración concretamente con respecto a la regulación legal del consumo y a la emisión de campañas publicitarias que también se encuentran en una situación de espera a ser evaluadas de forma consistente.

A pesar del reciente desarrollo de estas intervenciones y del escaso número de estudios rigurosos de evaluación realizados hasta el momento, después de varias décadas de investigación centrada en este gravísimo problema se sostiene que es ésta la única vía para poder abarcar todos los factores implicados desde una perspectiva preventiva que pueda ofrecer resultados alentadores no sólo a corto sino a largo plazo, asegurando el establecimiento de soportes básicos que puedan llegar a consolidar los beneficios obtenidos.

A pesar del inherente atractivo del modelo comunitario, existen varias dificultades genéricas tanto prácticas como metodológicas asociadas a esta

aproximación que deben considerarse para poder ajustar las intervenciones con la finalidad de conseguir resultados realmente eficaces.

En primer lugar, la inclusión en este tipo de programas de un gran número de variables (ej., familiares, comunitarias, escolares, publicitarias) puede, en muchos casos, limitar la accesibilidad de los investigadores a la hora de valorar todos y cada uno de los factores que contribuyen a los resultados finales o de determinar si la intervención en alguno de ellos se ajusta de forma eficaz a los objetivos planteados.

Además, la forma peculiar en que cada comunidad o población adapta y pone en marcha el programa limita nuevamente las posibilidades a la hora de hacer comparaciones significativas entre los mismos. Así pues, parece que el control de los beneficios y la completa valoración de todas las variables implicadas en una intervención comunitaria puede llegar a ser una tarea extremadamente difícil y de complicada solución desde un punto de vista puramente práctico.

En segundo lugar, al ser los profesores, los miembros de la comunidad (ej., padres, asistentes sociales) y los propios estudiantes los que implementan los programas, es posible que en la práctica se produzcan variaciones importantes en el desarrollo de los mismos. Como se ha comprobado en los estudios llevados a cabo, no todos los distritos escolares y las comunidades realizan las intervenciones tal y como se les recomienda, lo que aumenta la probabilidad de variación de los resultados de una población a otra y plantea serias dificultades con respecto a la eficacia y generalización de los programas comunitarios (Bukoski, 1991).

Por último, estas aproximaciones que también incluyen componentes del entrenamiento en habilidades comparten muchas de las limitaciones prácticas (ej., complejidad, diseminación) y metodológicas (ej., medidas fiables del uso de sustancias, desgaste, unidades de análisis) comentadas previamente para los programas centrados en exclusividad en este tipo de adiestramientos, aunque, en este caso, pueden verse agravadas por el hecho de desarrollarse dentro del contexto comunitario que es mucho más complejo y dinámico.

CAPÍTULO 4
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES



4.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15). Un factor de protección es “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16).

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

En una de las revisiones ya citadas (Clayton, 1992), se enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctima de abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio. Como se aprecia, varios de estos factores se refieren al papel de la familia.

La revisión de Hawkins, Catalano y Miller (1992) es uno de los trabajos más importantes acerca de los factores de riesgo y protección. Más tarde fueron clasificados de modo semejante por Peterson et al. (1992). Más recientemente destacan las clasificaciones de Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997), Moncada (1997) y Muñoz- Rivas, Graña y Cruzado (2000).

Como ya se ha señalado en el Capítulo 2, el abuso del alcohol y de otras sustancias en la adolescencia se ha convertido en un problema serio para la salud

pública. Las consecuencias de este abuso de drogas se han agudizado tanto a nivel personal como social. Como es sabido, en cuanto al desarrollo del adolescente, el abuso del alcohol y de las drogas debilita la motivación, interfiere en sus procesos cognitivos, contribuye a la aparición de trastornos del estado de ánimo e incrementa el riesgo de daños accidentales e incluso la muerte. En cuanto a la sociedad en general, el consumo de drogas supone un elevado coste en el cuidado de la salud, el absentismo escolar o incluso el abandono de la educación, el aumento de tratamientos específicos en los servicios de salud mental y el aumento de la criminalidad y delincuencia juvenil.

Además de los costes personales y sociales inmediatos del abuso de drogas en la adolescencia, existe otro gran rango de implicaciones para aquellos jóvenes que continúan con el abuso en la edad adulta. Los problemas asociados con el abuso de sustancias pueden alcanzar costes importantes como son la pérdida de productividad, la pérdida de la vida, la destrucción de familias y el debilitamiento de los vínculos de unión de la sociedad del futuro.

Considerando las graves consecuencias del abuso del alcohol y de otras drogas, se han llevado a cabo grandes esfuerzos dirigidos a identificar tratamientos eficaces. Muchos de estos tratamientos han mostrado la forma de conseguir la abstinencia, pero también han señalado la dificultad de que ésta se mantenga a largo plazo. Las propiedades recompensantes del alcohol y de las drogas son, a menudo, reforzadas a su vez por las normas y conductas de los miembros de la familia y de las comunidades en las que viven. Son estos reforzamientos combinados, los que generalmente superan a los beneficios de los tratamientos.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, en los últimos años, se ha potenciado el interés por la prevención tanto del abuso del alcohol como el de otro tipo de sustancias psicoactivas.

Dentro de esta línea de actuación, el punto central de la investigación y de los esfuerzos prácticos de intervención preventiva se ha centrado en el estudio y comprensión de los precursores de los problemas relacionados con las drogas y el alcohol, que se han venido describiendo como factores de riesgo para el abuso de sustancias. Estos factores anteceden al abuso y se asocian estadísticamente con un incremento de la probabilidad del mismo. En este sentido, los estudios

planteados buscan la prevención eliminando, reduciendo o mitigando la actuación e influencia de estos precursores.

Muchos de los factores de riesgo observados para el abuso de drogas en la adolescencia también lo son a la hora de predecir otros importantes problemas de conducta en los adolescentes (Hawkins et al., 1988; 1992). En este sentido, existe suficiente evidencia que sostiene que el abuso de sustancias en la adolescencia correlaciona con otro tipo de variables como la delincuencia, los embarazos a una edad temprana, el mal comportamiento escolar y las separaciones familiares (Elliott et al., 1989, Espada et al., 2003; Jessor y Jessor, 1977; Zabin et al., 1986;). Por este motivo, los esfuerzos realizados centrados en la comprensión de los factores de riesgo puedan ayudar al manejo de otros problemas de conducta en adolescentes, además del abuso de drogas.

En consecuencia, si la prevención del abuso de drogas es el objetivo final a perseguir, deben estudiarse, analizarse y contemplarse todos aquellos factores de riesgo relevantes para el mismo. Ésta será la finalidad del presente capítulo en el que, en primer lugar, se expondrán los aspectos de carácter más conceptual y los soportes teóricos que faciliten la comprensión de los factores a analizar, para, en segundo lugar, pasar a realizar una revisión lo más exhaustiva posible de todos aquellos factores de riesgo que han aparecido en la literatura de los últimos años asociados al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias por parte de la población adolescente.

La revisión realizada por Hermida et al. (2004) a partir de cinco estudios españoles y 52 internacionales desarrollados en la última década relativos a la identificación de los factores de riesgo y protección asociados al consumo de tabaco y alcohol en muestras comunitarias de estudiantes de Educación Secundaria, en los que se ha empleado como técnica analítica la regresión logística, revela que el uso y abuso de drogas legales en este período del ciclo vital se encuentran estrechamente relacionados con el consumo recíproco de estas sustancias y el consumo de drogas ilegales, variables personales (etnia, género, edad, curso académico, rasgos de personalidad, creencias religiosas e ideológicas, actitudes y expectativas frente al consumo y trastornos internalizantes versus externalizantes), el entorno social y familiar (estatus socioeconómico, rendimiento académico, consumo de drogas legales e ilegales por familiares e

iguales, estilos parentales, calidad en las relaciones familiares y simultaneidad de estudios y trabajo) y la gestión de la vida recreativa del fin de semana.

4.2. CONCEPTUALIZACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

4.2.1. Definición

Existe un acuerdo unánime entre los investigadores sobre la función básica que cumplen ambos factores con respecto al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, y es ésta la que conforma su conceptualización más elemental. Es a la hora de delimitar qué factores concretos son determinantes para la mayor parte de la población y cuáles tienen un mayor peso de cara a la prevención, donde se ofrecen opiniones dispares con resultados de investigaciones más o menos afines.

Las definiciones más básicas de los predeterminantes de riesgo y protección del consumo de drogas son las siguientes (Clayton, 1992):

- un factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).
- un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

4.2.2. Carácter multidimensional

A la hora de estudiar los factores de riesgo y de protección, es necesario tener en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones se hablará siempre de los mismos constructos, pero en dimensiones o polos opuestos.

Es claro que si un individuo se expone a múltiples factores de riesgo, mayor será la probabilidad de que use o abuse de distintas drogas. Ahora bien, del mismo modo que la exposición a estos factores facilita el inicio y/o mantenimiento en el consumo, la exposición a otros o, lo que es más importante, a los mismos

predeterminantes de la conducta, pero en una dimensión distinta (polo opuesto del constructo), puede proteger al individuo, reduciendo la probabilidad de que use y/o abuse de estas sustancias. Por tanto, debe considerarse que cada factor de riesgo/protección psicosocial que esté implicado en el consumo de drogas puede ser bipolar, si la escala utilizada para medir la naturaleza multidimensional del constructo capta todo el rango. Así, un mismo factor (ej., actitud familiar hacia el consumo) situado en un extremo de la escala puede reflejar un alto riesgo para el uso/abuso de una droga (ej., actitud permisiva, sin normas) mientras que, en el otro extremo (ej., actitud de explícita oposición al consumo), puede señalar una alta protección contra el mismo.

A pesar de tener en cuenta estos aspectos determinantes, la complejidad del estudio e intervención en los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias parte de la realidad de que la mayor parte de los individuos se sitúan en la mitad de la escala, sin estar en una clara y estable condición de alto riesgo ni de protección, por lo que se ven afectados por distintos factores al mismo tiempo y, dentro de un mismo factor, pueden oscilar de un extremo a otro de influencia dependiendo de su relación con los demás predeterminantes y de otras importantes características relacionales que más adelante comentaremos.

4.2.3. Factores de riesgo/protección: relación con el consumo de drogas

Si relacionamos el marco de interpretación de los factores de riesgo con la población de referencia, definiremos un joven con alto riesgo para el consumo de sustancias como aquel adolescente que no ha alcanzado los 18 años y que, debido a la presencia de determinadas características y condiciones (factores de riesgo), tiene mayor probabilidad de usar tanto drogas legales como ilegales.

Atendiendo a la definición expuesta, es necesario destacar, en primer lugar, que los factores que facilitan el uso de una droga en su inicio o en el mantenimiento pueden ser características que existan ya dentro del propio individuo. En segundo lugar, hay que atender al hecho de que el uso y/o abuso también puede estar relacionado con las condiciones en las que vive el individuo, con las circunstancias externas a él. Como consecuencia, los jóvenes con alto riesgo para el abuso pueden diferenciarse de los que no lo están por las características personales o las condiciones que influyen en la forma de guiar sus

vidas. En este sentido, se han enumerado de forma genérica los siguientes factores de riesgo (Clayton, 1992):

- tener problemas económicos.
- ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas.
- ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico.
- ser jóvenes sin hogar.
- ser jóvenes que abandonan la escuela.
- jóvenes embarazadas.
- jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos.
- jóvenes con problemas de salud mental.
- jóvenes que han intentado cometer suicidio.

En el listado, los dos primeros factores de riesgo describen atributos o condiciones externas al individuo que pueden incrementar la probabilidad del abuso de drogas. Es poco probable que el uso de drogas de una persona joven sea la causa de su pobreza o de que sus padres abusen de drogas. Sin embargo, sí es posible que el abusar de drogas haga a la persona más vulnerable a ser víctima de sucesos de riesgo. De esta forma, los seis últimos factores expuestos pueden ser tanto causas como efectos del abuso de sustancias.

Esto ilustra un aspecto determinante de la investigación sobre factores de riesgo y abuso de drogas: el orden temporal y la dirección de la relación entre ambos. Algunas relaciones son claramente asimétricas, mientras que otras son recíprocas.

En el estudio de los factores de riesgo implicados en la aparición y mantenimiento del uso/abuso de drogas, es necesario tener presente el carácter dinámico y cambiante de muchos de los aspectos a analizar y de las relaciones entre ellos mismos y sus propias consecuencias (consumo de sustancias). Así pues, no es posible atender a los factores predeterminantes de la conducta de forma aislada sin tener clara la existencia de importantes relaciones de carácter dinámico y recíproco que se establecen entre sus propios componentes y, sobre todo, entre ellos mismos y el uso/abuso de drogas consecuente.

De forma resumida, los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo y el abuso de drogas son los siguientes:

- a) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- b) Varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado.
- c) El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección.
- d) La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

4.3. DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS

Son muchas y variadas las dificultades con las que se encuentra la investigación sobre el estudio de los factores de riesgo implicados en el uso/abuso de drogas. Como señaló Orte (1993), las variables más relevantes que hacen más compleja la comprensión de los factores causales del consumo de sustancias son:

- a) Es posible hacer uso de las drogas de forma independiente o bien junto con otras, por lo que pueden encontrarse personas que consumen una sola sustancia o, lo que es más común, otras que mezclan varias de ellas a la vez.
 - b) Los usuarios de drogas no llegan al consumo crónico o al abuso de forma repentina sino que experimentan variaciones en los patrones de uso, bien experimentando con drogas de forma esporádica, bien estableciendo períodos de uso discontinuo o, por el contrario, continuando el uso de forma habitual.
 - c) Las drogas utilizadas varían tanto en su disponibilidad como en su capacidad de producir riesgo en el futuro.
 - d) No es posible hablar de efectos universales de las drogas ya que éstos dependen de aspectos como la cantidad de sustancia consumida, la idiosincrasia del consumidor y/o de las ocasiones y lugares de consumo.
-

-
- e) Los efectos farmacológicos producidos por las sustancias de consumo son específicos para cada una de ellas al igual que las características de utilización.
 - f) En la adolescencia, es necesario atender al proceso evolutivo de la persona que usa/abusa de las drogas y a la función que el consumo cumple en su desarrollo para realizar un diagnóstico ajustado del consumo de drogas.
 - g) El consumo de drogas no puede analizarse de forma aislada sino que debe tenerse en cuenta la situación cultural ambiental en la que aparece.

4.4. PRINCIPIOS GENERALES

A pesar del acuerdo de los expertos y de la claridad expuesta a la hora de definir los conceptos de factor de riesgo y de protección, las distintas alternativas propuestas por los diversos grupos de investigadores interesados en comprender la dinámica de los predictores del abuso de drogas han aportado diferentes vías de aproximación a este problema tan complejo. Esta aparente disparidad de opiniones y de resultados queda resuelta si se tienen en cuenta una serie de principios fundamentales sobre los que se asientan la comprensión de este tipo de factores dentro de un marco más dinámico cercano a la realidad de los hechos y lejos del carácter estático de los mismos expuesto en su conceptualización (Clayton, 1992). Éstos son:

- a) Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
 - b) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección.
 - c) El abuso de drogas es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores de influencia.
 - d) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adictivo puede
-

atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.

- e) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- f) Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos otros factores lleven al consumo de drogas.

4.5. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo pueden dividirse en dos grandes categorías cuya separación responde, más bien, a fines metodológicos de exposición.

Así pues, en primer lugar, es posible atender a un amplio grupo de factores denominados ambientales/contextuales (ej., culturales, sociales) que, como se verá, proporcionan las expectativas legales y normativas para la conducta. En segundo lugar, se consideran todos aquellos factores relacionados con el desarrollo individual (ej., factores psicológicos, familia, grupos de iguales, escuela).

A modo de síntesis, en la Tabla 4.1 se presentan aquellos factores de riesgo y protección propuestos por los autores mencionados, y que se han estudiado o han surgido como significativos en los distintos estudios realizados sobre esta cuestión. Asimismo es necesario indicar que en los últimos años se ha incrementado el número de estudios sobre esta cuestión (p.ej., Méndez et al., 1999), lo que nos facilitará tener un mejor conocimiento sobre los factores de riesgo y protección cara a su utilización en los programas preventivos para el uso de drogas.

 Tabla 4.1. Factores de riesgo del abuso de sustancias según Petterson et al. (1992).

Factores de riesgo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de alcoholismo. Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa. • Problemas de manejo de la familia. Estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de expectativas claras sobre la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas. • Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.
Factores de riesgo de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social: los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que más tarde tengan problemas con las drogas. • Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria. Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios en donde la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos. • Transiciones y movilidad. Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problemáticas. • También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad parecen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias. • Disponibilidad de drogas. Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.
Factores de riesgo escolar.	<ul style="list-style-type: none"> • Temprana conducta antisocial. Los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia. • Fracaso académico. Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente. • Bajo compromiso con la escuela. El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.

Tabla 4.1. Factores de riesgo del abuso de sustancias según Petterson et al. (1992)
(Continuación)

Factores de riesgo individual/iguales.	<ul style="list-style-type: none"> • Alienación y rebeldía. El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas. • Conducta antisocial en la adolescencia temprana. Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente. • Amigos que consumen drogas. Los niños que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que ellos mismo también las consuman. • Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. En la transición a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumir drogas. • Primeros consumos tempranos de drogas. Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con las drogas más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años tiene el doble de riesgo de tener problemas con las drogas que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años.
--	---

Adaptado de Petterson et al. (1992).

4.5.1. Factores ambientales/contextuales

Tanto los individuos como los grupos coexisten dentro de un contexto social: los valores y la estructura de su sociedad. Por ejemplo, los cambios en las normas culturales, en las definiciones legales de determinadas conductas y en los factores económicos pueden asociarse con cambios en las conductas de uso de drogas y en la prevalencia del abuso de las mismas. Se han señalado importantes factores de riesgo existentes en el amplio contexto social, como son los que se analizan a continuación.

4.5.1.1. Leyes y normas favorables hacia la conducta

En el caso del alcohol, la investigación reciente sobre los efectos de las leyes en su consumo se ha centrado fundamentalmente en tres intervenciones por ley: (a) los impuestos; (b) las leyes que establecen a qué personas puede venderse alcohol, y (c) las leyes que regulan la cantidad de alcohol que puede comercializarse.

En relación con los impuestos, se ha comprobado en numerosas ocasiones que el consumo de alcohol se ve directamente afectado por su precio, especialmente por la cantidad de impuestos asignados a su compra (Levy y Sheflin, 1985). En este sentido, Cook y Tauchen (1982a), encontraron que los incrementos en los impuestos sobre el alcohol conducían de forma inmediata a decrementos importantes en el consumo de licor y en la mortalidad por cirrosis.

Atendiendo al segundo de los aspectos propuestos y con el fin de determinar el límite inferior de edad permitido para el consumo de alcohol, los estudios en este área han examinado la relación existente entre la edad mínima de inicio en la bebida y la conducta de beber y de conducir del adolescente, demostrando que cuando disminuía la edad de inicio en el consumo de alcohol, incrementaba tanto el consumo de alcohol en la adolescencia como el inicio en la conducción temeraria de vehículos y los accidentes de tráfico, y por el contrario, cuando la edad de comienzo era mayor, disminuía la conducción del adolescente bajo los efectos de intoxicación del alcohol y las muertes por este motivo (Cook y Tauchen, 1982b; Joksch, 1988; Saffer y Grossman, 1987).

En cuanto a la restricción de la cantidad de alcohol que se vende, los estudios han señalado que el hecho de permitir la compra indiscriminada de bebidas destiladas incrementaba el consumo de las mismas y la frecuencia de los accidentes relacionados con el alcohol, pero no aumentaba de forma considerable la proporción de bebedores en la población general con una edad inferior a los 21 años (Blose y Holder, 1987).

En la actualidad se mantienen dos grandes propuestas explicativas sobre cómo las leyes afectan al uso de sustancias:

- a) La primera propone que las leyes son el reflejo de las normas sociales y que el consumo es, en gran medida, una función de las normas de grupo (Watts y Rabow, 1983). Por este motivo, las tasas de consumo de alcohol varían entre los diferentes grupos étnicos, diferenciándose de forma explícita en determinados aspectos normativos como, por ejemplo, en cuanto a las diferencias en los límites en que cada uno de ellos encuentra una consumición socialmente aceptable (Flasher y Maisto, 1984; Vaillant, 1983)
- b) La segunda se centra en el suministro (abastecimiento) y la demanda. Como se ha señalado anteriormente, las restricciones legales que influyen en la

disponibilidad o en el precio del alcohol y de otras drogas a través del incremento de los impuestos o de la elaboración de leyes que regulan su venta parecen limitar de forma directa el consumo.

En conclusión, las restricciones legales en la compra de alcohol y las normas desfavorables hacia el uso indiscriminado del mismo están repetidamente asociadas a una disminución de la prevalencia de su abuso. De forma inversa, las leyes y las normas que expresan una mayor tolerancia hacia el uso del alcohol suelen asociarse con incrementos en la tasa de consumo del mismo. Teniendo en cuenta estos datos con respecto al consumo de alcohol, Johnston (1991) ha sugerido la existencia de una relación similar en las normas relativas al uso de drogas ilegales y la prevalencia del abuso de las mismas.

4.5.1.2. Disponibilidad de la droga

La disponibilidad de las drogas depende en parte de las leyes y las normas de la sociedad, pero puede configurarse como un factor independiente. Sean o no legales, la disponibilidad de las sustancias puede variar y asociarse de forma diferencial al consumo.

En general, parece claro que la disponibilidad de una droga regula por sí misma el consumo, de tal forma que, cuanto mayor es la cantidad de una sustancia existente en el mercado, mayor es la cantidad de personas que la consumen, mayores las cantidades consumidas y mayor el número de consumidores habituales (crónicos). En este sentido, centrándose en el consumo de alcohol, los estudios han confirmado que cuando éste está más disponible, se produce un incremento importante tanto de la tasa de consumo de la bebida y de la cantidad de alcohol consumida como del consumo frecuente (abuso) del mismo (Gorsuch y Butler, 1976; Otero, Miron y Luengo, 1989).

Con respecto a las drogas ilegales, Maddahian, Newcomb y Bentler (1988), tomando dos medidas repetidas sobre la disponibilidad de distintas sustancias en una muestra de adolescentes, encontraron que ésta estaba significativamente relacionada con el consumo tanto de tabaco, alcohol y marihuana como de otras drogas ilegales, incluso después de controlar la cantidad de dinero de que disponían los jóvenes.

Por su parte, Dembo et al. (1979), estudiaron una muestra de alumnos de Secundaria y concluyeron que, en esta población, la disponibilidad de las drogas afectaba sólo de forma indirecta al uso de las mismas. De manera contraria, Gottfredson (1988) encontró que la disponibilidad de la droga variaba entre las diferentes escuelas o colegios y que ésta podía llegar a influir más en su uso que las propias características individuales de los sujetos.

En cualquier caso, como ya señaló Orte (1993) es necesario tener presente que, de manera genérica, la disponibilidad de la droga se relaciona positivamente con la aceptación social de determinadas sustancias tanto legales como ilegales, fomentando y/o reforzando la percepción social favorable al consumo.

4.5.1.3. Estatus socioeconómico

Los indicadores de la desventaja socioeconómica como la pobreza, el hacinamiento y/o el chabolismo se han asociado con el incremento del riesgo de exhibir problemas de conducta y de delincuencia en adolescentes (Bursik y Webb, 1982; Farrington et al, 1990). Por el contrario, en el caso de los estudios sobre las relaciones entre las distintas clases sociales y el uso de drogas no siempre se han confirmado estos estereotipos populares.

Robins y Ratcliff (1979) encontraron que la pobreza extrema era uno de los tres factores más determinantes que incrementaban el riesgo de exhibir conductas antisociales en la edad adulta, entre las que incluían el alcoholismo y el uso de drogas ilegales, pero sólo en el caso de aquellos chicos con alta conducta antisocial en la infancia.

En resumen, mientras que parece existir una relación negativa entre el estatus socioeconómico y la delincuencia, no se ha podido encontrar una relación similar en el caso del uso de drogas en adolescentes. Sólo cuando la pobreza es extrema y ocurre en conjunción con problemas de conducta en la infancia aparece un incremento del riesgo de consumir alcohol y de tener, posteriormente problemas relacionados con el abuso de drogas.

4.5.1.4. Lugar de residencia

Son muchos los estudios que han considerado que el lugar en el que la persona crece y vive influye de forma determinante en la probabilidad de que desarrolle pautas de conducta problemáticas. En muchas ocasiones se ha hablado del denominado riesgo ambiental, que hace referencia a determinados contextos sociales donde los lugares de residencia, principalmente del medio urbano, están caracterizados por grandes carencias socioambientales y por una mayor prevalencia de uso de drogas y su asociación con la disponibilidad y la aceptación del mismo, en donde el consumo tiende a estar motivado por el grupo, es adaptativo y participa de las normas culturales reflejando un determinado estilo de vida. En estos contextos, muchas personas experimentan mayor inducción y recompensa por el consumo de drogas y relativamente pocas sanciones e inhibiciones en contra, influyendo de forma favorable tanto en su actitud como en su conducta de sus miembros (Orte, 1994).

En este sentido, es necesario destacar dos importantes estudios llevados a cabo por dos grupos de investigadores americanos. Brunswick (1979, 1988) a finales de los años sesenta inició un estudio sobre conductas y hábitos de salud en una muestra representativa de jóvenes del barrio de Harlem en Nueva York. La investigación continuó a mediados de los setenta, cuando estos sujetos tenían entre 18 y 23 años, analizando el consumo de sustancias. Los resultados confirmaron el efecto determinante del contexto en el uso y abuso de drogas, al concluir que, de toda la muestra estudiada, el 18% de los jóvenes negros habían usado en algún momento la heroína y el 42% era aficionado al consumo habitual de cocaína, datos excesivamente altos en relación con los del resto del país para una población de características similares.

Los resultados expuestos confirmaron los obtenidos por dos de los estudios más relevantes en esta área. En el primero, los autores utilizaron una muestra de 2.510 hombres con una edad comprendida entre los 20 y los 30 años, obtenida a lo largo de todo el país (O'Donnell et al, 1976) y, en el segundo, se seleccionó una muestra de igual edad representativa de distintas zonas de Manhattan, incluida Harlem (Clayton y Voss, 1981). Los resultados indicaron que de la muestra nacional sólo el 14% de los hombres negros había usado la heroína y el 24% la cocaína, mientras que, en la segunda muestra, los datos aumentaban considerablemente, resultando un 39% de usuarios de heroína y un 50% de la

cocaína, siendo éstas unas tasas bastante más altas en aquellos lugares en los que el consumo era excesivo.

4.5.1.5. Desorganización del barrio

Tanto la diversidad cultural como el grado de densidad y el deterioro físico de determinados barrios y vecindarios, unido a la escasez de servicios públicos que integran una comunidad, producen una desorganización social y cultural y una disponibilidad mayor de drogas y de alcohol que incrementan la vulnerabilidad de sus miembros al consumo de sustancias.

Los estudios se han centrado en barrios o vecindarios con alta densidad de población, carentes de vigilancia en los lugares públicos (Murray, 1983), alta movilidad residencial, deterioro físico y bajos niveles de apego al barrio (Herting y Guest, 1985), altas tasas de criminalidad adulta y juvenil (Wilson y Herrnstein, 1985) y tráfico de drogas ilegales (Fagan, 1988). Concretamente, Simcha-Fagan y Schwartz (1986), se centraron en el estudio de los efectos contextuales del barrio en la delincuencia y encontraron que el nivel económico de la comunidad y la subcultura de criminalidad y desorden comunitaria se relacionaban significativamente con la delincuencia registrada.

Algunos autores han señalado que éste es un factor importante a tener en cuenta ya que la desorganización del barrio contribuye directamente al deterioro de la capacidad de las familias para transmitir los valores prosociales a los niños, influyendo de forma determinante en su adecuado desarrollo evolutivo y social (McCord y McCord, 1959; Reiss, 1986; Shaw y McKay, 1969). No obstante, son pocos los estudios focalizados en la desorganización del barrio que han examinado explícitamente su relación con el abuso de drogas. En este sentido, se presupone que un deterioro en la socialización y supervisión de los padres asociado a la desorganización de la comunidad podría provocar un incremento de las tasas de implicación de los jóvenes en el consumo de drogas.

En cualquier caso, sería necesario llevar a cabo mayor número de investigaciones para determinar los efectos específicos y particulares de la desorganización de la comunidad en el abuso de drogas en adolescentes.

4.5.1.6. Delincuencia y criminalidad

La relación entre delincuencia y abuso de drogas es compleja. Desde una perspectiva temporal, la implicación inicial en conductas delictivas suele ocurrir antes de que se dé el primer paso en el inicio del uso de drogas ilícitas. Algunos investigadores, como Elliot, Huizinga y Ageton (1985), consideraron que el abuso de drogas y la delincuencia formaban parte de una pauta general de rebeldía y disconformidad (White, 1990) denominada "síndrome de desviación" (Jessor y Jessor, 1977) sirviendo como evidencia de la existencia de una "personalidad antisocial".

En este sentido, Harstone y Hansen (1984) encontraron que entre aquellos jóvenes procesados por crímenes violentos, aproximadamente la mitad había consumido alcohol u otras drogas antes de realizar actos delictivos. Es más, el 40% afirmó utilizarlas inmediatamente antes de cometer la ofensa por la que fueron juzgados.

Una de las principales razones de preocupación sobre la relación entre el abuso de drogas en la adolescencia y la delincuencia es la posibilidad de que ambas conductas persistan y, de forma conjunta, puedan conducir a una carrera delictiva. A este respecto, la evidencia empírica sugiere que éste es el caso de una minoría de jóvenes que son muy activos tanto en conductas delictivas como en el abuso de drogas. Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado con población nacida en 1945, sólo el 6% de la muestra era responsable del 52% de las ofensas registradas. En este mismo estudio, los ofensores crónicos representaban solamente el 7.5% de la cohorte nacida en 1958 en Filadelfia pero, en este caso, explicaba el 69% del índice de todas las ofensas: el 61% de los homicidios, el 76% de las violaciones y el 65% de los asaltos graves.

Dentro de este mismo campo de trabajo, Johnson et al. (1985) realizaron un macroestudio en todo el país (EE.UU.) en el que dividieron a los jóvenes en varias categorías de abuso de drogas: sin consumo, consumo de alcohol, consumo de marihuana, consumo de pastillas y consumo de cocaína. Los resultados indicaron que el 1,3% de los adolescentes estudiados, habían consumido cocaína y habían cometido múltiples ofensas, llegando a explicar el 40% de todos los índices de crimen cometidos por la muestra total.

Estos resultados reflejan algunas condiciones que ponen a ciertos jóvenes en un alto riesgo para el abuso de drogas y la emisión de otras formas de conducta desviada. Es importante señalar que, en estos casos, suele darse, además, una deprivación económica importante, una gran desorganización familiar y un funcionamiento inadecuado de las relaciones familiares.

4.5.2. Factores individuales

4.5.2.1. Factores genéticos

La relación entre el consumo de drogas parental y el inicio en el uso y abuso de tóxicos por parte de los hijos ha generado gran controversia sobre si la transmisión intergeneracional para el abuso de drogas se debe a factores bioquímicos o genéticos (Cloninger, Bohman y Sigvardsson, 1981) o a otros factores de riesgo más determinantes de carácter psicosocial o ambiental, además de la vulnerabilidad biológica (DeMarsh y Kumpfer, 1986).

Es necesario señalar que la mayor parte de los datos referentes a esta área de trabajo provienen de estudios centrados en el consumo de alcohol y son muy pocos los estudios realizados con respecto a otro tipo de drogas. Las aportaciones más relevantes provienen de cuatro ámbitos de investigación diferentes: estudios fisiológico/bioquímicos, estudios con familias y estudios con gemelos y sujetos adoptados.

4.5.2.1.1. Estudios fisiológico/bioquímicos

Son muchos los estudios que proponen que la búsqueda de sensaciones y la baja evitación del peligro predicen la iniciación temprana en el uso del alcohol y el posterior desarrollo de la adicción (Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988). Teniendo en cuenta estas conclusiones, Zuckerman (1987) realizó un importante estudio centrado en la búsqueda de sensaciones y sugirió que ésta estaba vinculada bioquímicamente con la actividad de la plaqueta mono-amino-oxidasa (MAO), que también estaba asociada con la aparición temprana del alcoholismo (Tabakoff y Hoffman, 1988; Von Knorring, Oreland y Von Knorring, 1987). De forma similar, en el caso de la marihuana, un pobre control de impulsos en la infancia parece predecir el uso frecuente de esta sustancia a la edad de 18 años (Shedler y Block, 1990).

En este campo, los estudios se han dirigido, por una parte, a encontrar diferencias en las respuestas fisiológicas al etanol entre hijos de alcohólicos (Schuckit, 1987) y en otros posibles marcadores genéticos y bioquímicos del riesgo de padecer alcoholismo (Blum et al, 1990; Harada, Agarwal, Goedde e Ishikawa, 1983; Schuckit, 1987; Suwaki y Ohara, 1985; Tabakoff y Hoffman, 1988).

Por otra parte, los investigadores también han estudiado las diferencias en las respuestas biológicas mediadas genéticamente para el alcohol entre hijos de alcohólicos y no alcohólicos. A este respecto, Pollock, Volavka y Goodwin (1983) encontraron una mayor actividad de ondas lentas en el electroencefalograma (EEG) para los hijos de los alcohólicos en comparación con los hijos de los no alcohólicos. Schuckit, Parker y Rossman (1983), también confirmaron la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos en la respuesta de la prolactina en suero bajo la administración de alcohol. Por su parte, Schuckit (1980), obtuvo una mayor relajación muscular en respuesta al etanol y, Schuckit y Rayes (1979) encontraron niveles incrementados de acetaldehído después de la administración de alcohol en los hijos varones de alcohólicos al compararlos con los de los no alcohólicos.

Como ya se ha comentado, además de los estudios señalados centrados en el alcoholismo, se han realizado muy pocos sobre la predisposición genética en humanos al abuso de otro tipo de drogas aunque, en el caso de las investigaciones con animales, sí existe evidencia acumulada sobre cierta predisposición en el caso de sustancias como los barbitúricos y la morfina (Marley et al., 1986).

4.5.2.1.2. Estudios con familias

El trastorno de la personalidad antisocial y la conducta criminal o delincuente tienden a agruparse en familias (Hesselbrock, 1986; Kosten, Rounsaville y Kleber, 1985; Mirin, Weiss y Michael, 1986). Esto mismo parece suceder con el abuso de sustancias en el que parece existir un componente genético familiar, al menos en algunos casos. Por ejemplo, en el caso del consumo de alcohol se ha estimado que aproximadamente el 30% de la varianza familiar para su transmisión se atribuye a factores genéticos (Merikangas, 1990; Pickens et al., 1991) y en el caso del abuso de otras drogas, también parece que aquellos que tienen una

probabilidad mayor de consumirlas suelen tener como factor de riesgo una predisposición genética determinante (Kumpfer y De Marsh, 1986). En este campo son muchas las investigaciones sobre la incidencia del alcoholismo en la familia que han señalado que los sujetos alcohólicos estudiados suelen presentar con mayor probabilidad que los sujetos que no lo son un historial previo de alcoholismo por parte de los padres o de los hermanos (Goodwin, 1983; Zucker y Lisansky Gomberg, 1986; Pons, Berjano y García, 1996).

A este respecto, destaca el trabajo elaborado por Cotton (1979), que llevó a cabo un meta-análisis de 39 estudios sobre la frecuencia del abuso del alcohol en familias de alcohólicos. Como conclusión, señaló que el 30,8% de los alcohólicos pertenecientes a la muestra de estudio contaban con antecedentes de alcoholismo paterno, comparado con el 7,1% de los esquizofrénicos, el 12% de los pacientes psiquiátricos y el 4,7% de los sujetos control (no psiquiátricos). En este mismo sentido, Goodwin (1976, 1979) informó que los hijos de padre alcohólico tenían probabilidad cuádruple de desarrollar alcoholismo respecto a los hijos de aquellos padres que no lo eran, independientemente de si se criaron con el padre natural o con uno adoptivo no alcohólico.

A pesar de los resultados y de la dirección de los mismos, es necesario señalar que esta clase de estudios presenta importantes dificultades metodológicas que obstaculizan la generalización de los resultados y limitan sus conclusiones (García-Pindado, 1992), como son, por una parte la imposibilidad de identificar tanto el peso diferencial de los factores genéticos y de aprendizaje como la distribución del riesgo genético entre los hermanos de una misma familia y, por otra, la ausencia de control de los efectos ambientales como pueden ser las prácticas de crianza.

A este respecto de la investigación con hijos de alcohólicos se ha concluido que se trata de una población de riesgo. Los estudios realizados en EE.UU. indican que aproximadamente el 25% de los jóvenes menores de 18 años viven con progenitores que abusan de sustancias psicoactivas, de lo que algo más del 10% son hijos de alcohólicos (Ackerman, 1987) Sin embargo los hijos de alcohólicos no constituyen un grupo homogéneo, por lo que no es posible encontrar patrones de conducta sintomáticos comunes a todos ellos. Cada uno reacciona de forma diferente al estrés que produce en su familia la enfermedad

alcohólica dependiendo de la influencia de otros factores personales y ambientales. Unos pueden mostrar síntomas depresivos, otros mostrarse hiperactivos o desafiantes, otros tener trastornos del sueño, asma, o enuresis, y otros pueden mostrar aislamiento, apatía, obsesión, perfeccionismo o fobias. Unos pueden dejar de asistir a clase, mientras que otros pueden tratar de obtener notas excelentes para “salvar” a su familia. Algunos se muestran rebeldes y otros, en cambio, excesivamente complacientes. Todo ello ya ha quedado corroborado al nivel actual de conocimientos con este grupo poblacional en nuestro país. Los resultados preliminares del estudio epidemiológico del programa ALFIL (Díaz, 1999; Gual y Díaz, 1999) han confirmado que los hijos de alcohólicos constituyen un grupo de alto riesgo de psicopatología (presentan más síntomas de déficit de atención, hiperactividad, trastorno disocial, depresión, ansiedad y enuresis que los sujetos de la población general). También presentan menor rendimiento cognitivo y escolar. Por último, en sus familias se añaden otros factores de riesgo como un menor nivel socioeconómico y cultural y por ambiente familiar (menor cohesión y organización y mayor conflicto). Según los resultados del estudio piloto realizado, el 25% de los hijos de alcohólicos, frente a sólo el 5% de los controles, había necesitado algún tipo de intervención psicológica a lo largo de su vida. Los hijos de alcohólicos constituyen una población de alto riesgo debido a la influencia de tres tipos de factores, que se pueden transmitir intergeneracionalmente (Goodwin, 1979; Gregory, 1960; McGue et al., 1992; Schuckit, 1994; Seilhamer y Jacob, 1990; Steinhausen, 1993):

- Los efectos del alcohol consumido por los padres en el feto.
- Los factores psicobiológicos de vulnerabilidad genética. Y
- Los factores psicosociales de ambiente familiar compartido.

La interacción entre estos tres tipos de factores determina que los hijos de alcohólicos muestren, con mayor frecuencia que el resto de la población, una serie de características particulares que podrían conducirles, en determinadas circunstancias, a un abuso de alcohol. Sher (1991) establece desde un modelo etiopatogénico integral una propuesta con tres vías de transmisión de vulnerabilidad familiar para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol: (1) vía de predisposición a la desviación social, (2) vía del afecto negativo y (3) vía del refuerzo aumentado. Todas ellas desde un modelo integral hablan de las consecuencias sintomatológicas y comportamentales.

4.5.2.1.3. Estudios con gemelos

Otro de los ámbitos en los que los investigadores se han esforzado por determinar la contribución de los factores genéticos en el desarrollo del alcoholismo (hasta el momento son escasos los estudios centrados en otro tipo de drogas) es el análisis de muestras de gemelos mono y dicigóticos.

En este campo, destaca en primer lugar, el estudio realizado por Kaij (1960) con 174 pares de gemelos varones suecos que habían sido criados independientemente desde el nacimiento. Los resultados indicaron que cuando al menos uno de los miembros de cada par de gemelos era alcohólico crónico probado, los valores de concordancia para el alcoholismo eran elevados, el 71,4% en los monocigóticos y el 32,3% en los dicigóticos. En segundo lugar, y años más tarde, Hrubec y Omenn (1981) llevaron a cabo otro análisis con una muestra de varones estadounidenses que abusaban de la bebida y estaban siendo tratados por ello. y establecieron unos niveles de concordancia para el desarrollo de la dependencia alcohólica del 26,3% para los gemelos monocigóticos y del 11,9% para los dicigóticos. Como puede observarse, a pesar de las diferencias cuantitativas en los valores obtenidos por estos estudios, parece claro que ambos confirman el hecho de que la probabilidad de concordancia en el desarrollo del alcoholismo puede ser doble para los gemelos monocigóticos comparada con la de los dicigóticos.

Contrarios a estos resultados son los obtenidos por Gurling, Clifford y Murray (1981), que utilizando una muestra de gemelos hospitalizados por abuso alcohólico en el Reino Unido, no encontraron diferencias significativas entre gemelos monocigóticos y dicigóticos respecto a la dependencia alcohólica en ninguno de los dos sexos, obteniendo tasas de concordancia del 21% y del 25% respectivamente. La aparente disparidad entre estos datos y los obtenidos por trabajos anteriores ha sido analizada por diversos autores señalando las principales razones que permiten su explicación. Como señaló García Pindado (1992) los motivos fundamentales son: en primer lugar, los criterios utilizados en el estudio de Kaij y en el de Gurling y sus colegas para el diagnóstico del alcoholismo fueron distintos: CIE-9 y Criterios de la OMS respectivamente (Stabenau, 1986), así como los marcadores para la determinación del cigotismo y en segundo lugar, las muestras no pueden ser comparables ya que la composición de las mismas difieren con respecto al sexo de los sujetos que las

conforman. Kaij y Hrubec y Oman sólo utilizaron sujetos de sexo masculino mientras que, Gurling y sus colegas, ampliaron la muestra con sujetos femeninos.

En resumen, a pesar de las aparentes discrepancias de los estudios realizados en este área y de la necesidad de obtener mayor evidencia que confirme los supuestos, sí parece defenderse la idea de que los gemelos monocigóticos pueden tener una mayor probabilidad de ser concordantes para el desarrollo del alcoholismo que los dicigóticos y que este efecto parece ser considerablemente superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

4.5.2.1.4. Estudios de adopción

Los estudios sobre adopción realizados en Dinamarca, Suecia y Estados Unidos han acumulado mayor evidencia para la transmisión genética del alcoholismo en sujetos varones al señalar tasas de alcoholismo del orden del 18% al 27% para los hijos adoptados de alcohólicos en comparación con un 5% ó 6% para los sujetos adoptados sin padres biológicos alcohólicos (Bohman, 1978; Cadoret y Gath, 1978; Cadoret, Cain y Grove, 1980). Los datos mostraron también que esta vulnerabilidad heredada hacia la dependencia alcohólica se transmitía en todos los casos con independencia de la presencia o ausencia de abuso de bebida por parte de los padres adoptivos (Goodwin et al., 1974; Schuckit, Goodwin y Winokur, 1972) y, además, curiosamente, el nivel de alcoholismo encontrado entre los hijos de alcohólicos adoptados (18,0%) era similar al de sus hermanos criados con sus padres biológicos (17,0%) (Goodwin et al., 1974; 1977). Por el contrario, no se ha podido encontrar esta misma evidencia que apoye la transmisión genética del alcoholismo en el caso de las mujeres (Murray y Stabenau, 1982).

Es necesario destacar que los estudios de adopción que sugieren un factor genético en el alcoholismo masculino también revelan que sólo el 30-40% de los sujetos adoptados varones con uno o más familiares biológicos (en primer o segundo grado) diagnosticados de alcoholismo, llegan a desarrollar, finalmente, una fuerte dependencia del alcohol al alcanzar la edad adulta (Cadoret y Gath, 1978). Además, el hecho de que alrededor de la mitad de los alcohólicos hospitalizados no tengan una historia familiar clara relacionada con el alcoholismo (Goodwin, 1985), sugiere que pueden ser otros los factores que contribuyan al desarrollo del alcoholismo, además de la predisposición genética.

Tabla 4.2. Resumen de factores de riesgo genéticos

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
Estudios fisiológico/bioquímicos.	Cloninger et al., 1988	La búsqueda de sensaciones y la baja evitación del peligro predicen la iniciación temprana en el uso del alcohol y el posterior desarrollo de la adicción.
	Zuckerman, 1987 Von Knorring et al., 1987 Tabakoff y Hollman, 1988	La búsqueda de sensaciones y la aparición temprana del alcoholismo están vinculadas a la actividad de la plaqueta mono-amino-oxidasa (MAO).
	Blum et al., 1990	Existe cierta susceptibilidad genética para al menos una forma de alcoholismo a través de un patrón polimórfico del gen receptor de la dopamina D2.
	Harada et al., 1983 Suwaki y Ohara, 1985 Schuckit, 1987	Diferencias en la enzima ALDH en asiáticos con tasas más bajas de alcoholismo que los controles.
	Pollock et al., 1983	Mayor actividad electroencefalográfica de ondas lentas en hijos de alcohólicos en comparación con los de los no alcohólicos.
	Schuckit y Rayes, 1979 Schuckit, 1980 Schuckit et al., 1983 Schuckit, 1987	Diferencias entre los hijos de alcohólicos y no alcohólicos en la respuesta de la prolactina en suero. en la respuesta muscular y en los niveles de acetaldehído después de la administración de alcohol.
	Marley et al., 1986	En investigación animal, evidencia sobre la predisposición heredada hacia el uso de barbitúricos y morfina.
Estudios con familias.	Kumpfer y DeMarsh, 1986 Merikangas, 1990 Pickens et al.1991	Existencia de un componente familiar tanto para el alcoholismo como para otras drogas.
	Cotton, 1979 Goodwin, 1983 Zucker et. al., 1986 Pons et al., 1996	Los alcohólicos presentan, con mayor probabilidad que aquellos que no han desarrollado la dependencia, un historial previo de alcoholismo por parte de padres y/o de hermanos.
	Goodwin, 1976, 1979	Probabilidad cuádruple de desarrollar alcoholismo para los hijos de padres alcohólicos respecto a los hijos de aquellos padres que no lo son.

Tabla 4.2. Resumen de factores de riesgo genéticos. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
Estudios con gemelos.	Kaij, 1960; Hrubec y Omenn, 1981.	Doble probabilidad de concordancia para el alcoholismo en los gemelos monocigóticos en comparación con los dicigóticos (en varones).
	Gurling et al. 1981.	Incluyendo hombres y mujeres, las tasas de concordancia para el alcoholismo son muy similares en gemelos mono y dicigóticos.
Estudios con sujetos adoptados.	Schuckit et al., 1972 Goodwin et al., 1974 Goodwin et al 1977 Bohman, 1978 Cadoret y Gath, 1978 Cadoret et al., 1980	Tasas de alcoholismo del orden del 18% al 27% para los hijos adoptados de alcohólicos en comparación con un 5-6% para los sujetos adoptados sin padres biológicos alcohólicos (en el caso de varones).
	Cadoret y Gath, 1978 Goodwin, 1985	Sólo el 30-40% de los sujetos adoptados varones con uno o más familiares diagnosticados de alcoholismo llegan a desarrollar finalmente la dependencia en la adultez. Se apunta a otros factores además de la predisposición genética.
	Murray y Stabenau, 1982	No existe evidencia consistente para la transmisión genética del alcoholismo en mujeres.

4.5.2.2. Factores biológico-evolutivos

En este apartado se engloban dos aspectos sumamente interesantes por su implicación en los programas preventivos en cuanto al ajuste y potenciación de factores de protección frente al consumo en la población adolescente.

El primero de ellos es la influencia diferencial del género de los jóvenes en el consumo y, el segundo, la edad como importante factor de riesgo para el consumo de sustancias, siempre que hablemos de un rango determinado en el que el inicio en el consumo puede ser un buen indicador de problemas futuros (Tabla 4.3).

Tabla 4.3. Resumen de factores de riesgo biológico-evolutivos.

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
1. SEXO	Del Río et al., 1989 Engs, 1990 Gross y Billingham, 1990 Álvarez et al., 1991 Ohaeri y Odejide, 1993 Ruiz et al., 1994	No parece existir una vulnerabilidad genética determinada por el factor sexual que dirija a los sujetos hacia el consumo o hacia la abstinencia
	Beckman, 1975 Ingra y Moos, 1979 Guilligan, 1982	Diferencias sexuales en función de condicionantes ambientales y contextuales no definidos genéticamente (tipo de drogas que consumen y expectativas, actitudes y motivaciones para el consumo).
	Margulies et al., 1977	Entre los adolescentes, diferencias sexuales en cuanto al peso de la influencia de los padres y amigos sobre la bebida (mayor en las mujeres).
	Ortega y Mínguez, 1990 Ortega et al., 1992	Con respecto a las actitudes de los jóvenes hacia las drogas, los varones se muestran mucho más favorables hacia el consumo que las mujeres.
2. EDAD	Brook et al., 1980 Fleming et al., 1982 Rachal et al., 1982 Kandel, 1982 Alvira, 1984 Basabe y Páez, 1992 Sánchez y Berjano, 1995	El inicio a una edad temprana del uso de una droga predice un consumo posterior mayor y más persistente de esa y de otras sustancias más peligrosas.
	Brunswick y Boyle, 1979 O'Donnell y Clayton, 1979	Una implicación temprana en el uso de drogas incrementa la probabilidad de desarrollar en el futuro actividades altamente desviadas.
	Elzo, 1992 Recio et al., 1992	En población española se detectan dos rangos de edad de riesgo para el uso de drogas: antes de los 15 años y entre los 16-17, para aquellos jóvenes que desarrollan una profunda abstinencia hasta esa edad.
	Kandel et al., 1976	Cuanto mayor sea la edad de inicio en el consumo de drogas menor es la implicación en el uso de las mismas y mayor la probabilidad de discontinuidad en el consumo.

a) Sexo

En la mayor parte de los estudios en los que se ha tomado en consideración este factor para determinar su posible influencia en un consumo diferencial entre hombres y mujeres, se han llegado a resultados similares que indican que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo de los sujetos al comparar grupos de consumidores y no consumidores (Álvarez, Queipo, Del Río y García, 1991; Barnes, Welte y Dintcheff, 1992; Del Río, Álvarez y Queipo, 1989; Engs, 1990; Gross y Billingham, 1990; Ohaeri y Odejide, 1993; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994). Estos datos subrayan la idea de que no parece existir una vulnerabilidad genética determinada por el factor sexual que dirija a los sujetos hacia el uso o hacia la abstinencia de las drogas.

De esta forma, son muchos los estudios que señalan que las diferencias de sexo con respecto al consumo de sustancias no están definidas genéticamente sino a través de otro tipo de condicionantes de índole más ambiental o contextual. Así, subrayan que las mujeres suelen diferenciarse de los varones tanto en el tipo de drogas que consumen, dependiendo básicamente de la aceptación social de las mismas (tabaco, alcohol y medicamentos tranquilizantes, especialmente), como en las expectativas, las actitudes y las motivaciones para el consumo (Bercowitz y Perkins, 1986; Ingra y Moos, 1979; Guilligan, 1982). Por otra parte, autores como Margulies, Kessler y Kandel (1977) señalan que también existen diferencias sexuales en cuanto al peso de la influencia de los padres y los amigos sobre la bebida entre los adolescentes, siendo ésta mayor en el caso de las chicas.

Finalmente, otros estudios sobre las actitudes de los jóvenes con respecto a las drogas han señalado que existe una estrecha asociación entre el sexo y este factor, siendo los varones los que suelen mostrarse más favorables hacia el consumo en porcentajes altamente significativos que las mujeres (Ortega y Mínguez, 1990; Ortega, Mínguez y Pagan, 1992).

b) Edad

La mayor parte de los estudios señalan que el inicio del consumo drogas suele darse entre los 13 y los 15 años (Alvira, 1984; Zeitlin y Swadi, 1989; Comas, 1990; Mendoza, Sagraera y Batista, 1992; Barrera, Sánchez y Berjano, 1995).

Estudios como el de Robins y Przybeck (1985), realizados con el objetivo de delimitar la edad de corte de mayor riesgo, encontraron que el inicio en el uso de drogas antes de los 15 años era un predictor consistente del abuso de drogas posterior (Elzo, 1992),

En este sentido, se ha constatado que, en términos generales, el consumo temprano de sustancias predice el posterior consumo inadecuado de las mismas. De esta forma, se sostiene que cuanto antes se inicie el consumo de cualquier droga, mayor es la frecuencia de uso de ésta (Alvira 1984; Basabe y Páez, 1992; Brook, Lukoff y Whiterman, 1980; Fleming, Kellam y Brown, 1982; Rachal et al., 1982) y mayor la probabilidad de que se de una implicación extensiva y persistente en otro tipo de sustancias más peligrosas (Kandel, 1982; Sánchez y Berjano, 1995). Algunos autores han propuesto que éste podría ser un factor lo suficientemente poderoso como para favorecer, siguiendo este proceso escalonado y progresivo del consumo, el desarrollo de conductas altamente desviadas como la venta de drogas y la criminalidad (Brunswick y Boyle, 1979; O'Donnell y Clayton, 1979).

Por el contrario, estos mismos estudios defienden que una edad más tardía en el inicio del uso de drogas correlacionaría con una menor implicación en el mismo y una mayor probabilidad de discontinuidad en su uso (Kandel, Single y Kessler, 1976). A pesar de ello, es necesario anotar los datos ofrecidos por un reciente estudio realizado por Recio et al. (1992) con población adolescente española, que constata también la existencia de un rango de edad de riesgo posterior a la señalada, en torno a los 16-17 años, que señalaría una forma alternativa más minoritaria y puntual de entrada en el consumo de las distintas drogas no escalonada por la edad como se ha señalado anteriormente, y que correspondería a aquellos jóvenes que habrían desarrollado una profunda abstinencia hasta esa edad.

4.5.2.3. Factores psicológicos

La revisión que se presenta a continuación se centra en todas aquellas variables que han sido recogidas más frecuentemente por la literatura científica, y que hace referencia tanto a características de personalidad como a la presencia

de determinados problemas de conducta y psicopatológicos y a la influencia de las actitudes personales hacia la droga y su consumo (Tabla 4.4).

Son numerosos los estudios que tratan de detectar los factores de protección y riesgo en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis (Arbinaga, 2002; González Navarro y Salvador, 1998; Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Jones y Heaven 1998; Kirkcaldy, Siefen, Surall y Bischoff, 2004; Martínez-González y Robles-Lozano, 2001).

González, García-Señorán y González (1996), analizan los factores individuales relacionados con el consumo y/o abuso de drogas en la adolescencia, entre los que destaca la edad y la precocidad de inicio, los rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones, la baja autoestima, el locus de control externo, la rebeldía, la baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos y oréticos (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas) y aparición de problemas conductuales. Otros trabajos tratan de descubrir la relación entre consumo de drogas legales y variables psicosociales específicas como la influencia del grupo de iguales (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Sussman et al., 2004), el afecto y supervisión parental (Martínez et al., 2003), el ambiente escolar (Alonso y Del Barrio, 1996b), la personalidad (Abu-Shams, et al., 1998), la ansiedad rasgo (Becoña y Míguez, 2004), el estrés (Becoña, 2003), el autoconcepto (Abu-Shams et al., 1997), la impulsividad (Llorens, Palmer y Perelló, 2005) y las habilidades sociales (Felipe, León, Gonzalo y Muñoz, 2004).

Entre las variables predictoras de este tipo de conductas aparece un patrón de personalidad caracterizado por altos niveles de psicoticismo, neuroticismo e introversión (Teasdale, Segraves y Zacune, 1971). La presencia de un temperamento descontrolado, rebelde, hostil, autoindulgente y manipulador (Jones, 1971), una tendencia fuerte hacia la búsqueda de sensaciones (Alonso y Del Barrio, 1996) y la presencia de impulsividad y agresividad (Michel, Puper-Ouakil y Mourent Simeón, 2001). Otros estudios han examinado la relevancia de la autoestima del adolescente como factor de riesgo. Así, el trabajo desarrollado por Jones y Heaven (1998) identificó la autoestima como predictor significativo del consumo de tabaco, mientras que Alonso y Del Barrio (1996a) hallaron una fuerte relación entre bajos niveles de autoestima y consumo de drogas legales en una muestra española. Wild, Flisher, Bhana y Lombard (2004) destacan la relación

significativa entre bajos índices en las subescalas de autoconcepto escolar y familiar y el consumo de alcohol y tabaco.

Asimismo han sido analizados factores psicopatológicos que median el consumo de tóxicos en la adolescencia. En esta línea, Mischel et al., (2001) identifican dos tipos de factores psicopatológicos; los externalizados (problemas de conducta y problemas de hiperactividad con déficit de atención) e internalizados (depresión y ansiedad).

4.5.2.3.1. Depresión y ansiedad

Las relaciones existentes entre la depresión o sintomatología depresiva y/o la ansiedad y el uso de drogas no están del todo claras. Hasta el momento, los resultados de los estudios no son concluyentes, pero sí aportan sugerencias importantes a la hora de proponer programas de prevención e intervención concretos. A partir de los estudios que analizan la relación entre el consumo de sustancias y la sintomatología depresiva, se concluye lo siguiente:

- a) El consumo suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional (Kaplan, 1985; Huba, Newcomb y Bentler, 1986). Shedler y Block (1990) encontraron en una muestra de jóvenes americanos que aquéllos que eran consumidores de marihuana a los 18 años se caracterizaban por haber tenido en la infancia problemas emocionales. En este mismo sentido, destacan los resultados obtenidos por Lemer y Vicary (1984), que realizaron un estudio longitudinal de 5 años con adolescentes, evaluándoles hasta alcanzar la edad adulta. Los datos señalaron que un temperamento difícil, que incluía frecuentes estados de ánimo negativos y aislamiento social, contribuía de forma determinante al inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Así, aquellos niños que se caracterizaban en la infancia por respuestas de aislamiento ante nuevos estímulos, irregularidades biológicas, baja adaptabilidad al cambio, frecuentes expresiones de ánimo negativas y expresiones de afecto muy intensas tanto positivas como negativas eran, con mayor probabilidad, consumidores habituales de alcohol, tabaco y marihuana en la vida adulta en comparación con los niños que tenían una vida más normal y que mostraron una adaptación mayor y un afecto positivo en una edad temprana. A la vista de los resultados, los autores sugirieron que el estado de ánimo negativo y las respuestas de aislamiento de los niños difíciles podría ser análoga a la
-

depresión y a la alienación social frecuentemente expresada por los abusadores de drogas (Knight, Sheposh y Bryson, 1974; Paton, Kessler y Kandel, 1977; Paton y Kandel, 1978; Smith y Fogg, 1978).

- b) El uso de sustancias suele ser uno de los métodos más utilizados para aliviar problemas de tipo emocional (Aneshensel y Huba, 1983; Labouvie, 1986), aunque sus efectos no sean muy duraderos o eficaces a largo plazo ya que el consumo, a su vez, suele potenciar los síntomas depresivos (Bleichmar, 1994; Calafat y Amengual, 1991).

En este mismo sentido, de forma genérica, parece claro que el uso de drogas está fuertemente relacionado con problemas de salud mental entre los jóvenes en los que se dan otros factores de riesgo. Así, Elliot et al. (1985), informan que aquellos individuos que tenían más problemas emocionales y se encontraban aislados socialmente, también consumían mayor cantidad de alcohol, marihuana y otras drogas ilegales (policonsumidores). Por su parte, Dembo et al. (1987), encontraron, en una muestra de jóvenes que estaban en prisión, que el uso de sustancias estaba relacionado fuertemente con el funcionamiento emocional y psicológico de los mismos.

Los estudios centrados en comparar grupos de hijos de alcohólicos con hijos de no alcohólicos no han llegado a conclusiones muy determinantes. La mayor parte de ellos señalan que, en general, los hijos de padres alcohólicos presentan una mayor prevalencia e intensidad de síntomas depresivos (Tarter, Hegedus, Winsten y Alterman, 1984), ansiedad y problemas sociales, aunque también son muchos los que defienden que la incidencia y magnitud de los mismos descienden paralelamente a la mejora del estatus alcohólico paterno, es decir, al aumento del tiempo de abstinencia por parte del alcohólico (Bombín, 1980; Callan y Jackson, 1986; Moos y Billings, 1984; Pérez Gálvez y De Vicente, 1992). Concretamente, los estudios advierten que los hijos de padres alcohólicos presentan niveles más altos de ansiedad (presencia de mayor cantidad de rasgos hipocondríacos como quejas o molestias psicosomáticas), que también tienden a decrecer conforme avanza la abstinencia paterna (Pérez Gálvez, 1991; Tarter et al., 1984).

En el estudio de la relación entre trastornos internalizantes como es el caso de la depresión y el consumo de drogas, los resultados de la investigación apuntan a una coexistencia de ambos factores.

Por señalar algunos ejemplos, en un estudio de Christie, Burke, Regier, Rae, Boyd y Locke (1988) se informa de que la relación entre el trastorno depresivo y el consumo de alcohol u otras drogas es alta y que el trastorno precede al consumo en un 75% de los casos. Por su parte, Barnea, Teichman y Rahav (1992) llevaron a cabo un estudio longitudinal con 1446 estudiantes de entre 15 y 19 años cuyo objetivo principal era demostrar la relación entre disponibilidad de drogas y un modelo de consumo de tipo multidimensional que incorporaba entre otras variables la depresión. Entre otros resultado se halló que la presencia de depresión no resultó estadísticamente significativa en participantes consumidores de alcohol y otras drogas. Este resultado está en la línea de los obtenidos por Lutcovich y Lutcovich (1982) y Schwarz, Burkhart y Green (1982). Sin embargo, otros estudios llevados a cabo por Brooks, Walfish, Stenmark y Canger (1981) y Shedler y Block (1990) sí encontraron relación significativa entre el consumo de alcohol y otras drogas y altos niveles de ansiedad y depresión.

Estos datos contradictorios se han encontrado en las investigaciones al respecto aunque, en resumen, existe un nivel muy bajo de satisfacción personal (previo al consumo y también como resultado del mismo) en los usuarios de la sustancia, que podría justificar la alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de suicidio entre los adolescentes consumidores (Crumley, 1990; Newcomb y Bentler, 1988; Kaminer, 1991; Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986; Ruiz et al., 1994; Stowell y Estroff, 1992).

Respecto a la revisión desarrollada por Michell et al. (2001), se identifican dos tipos de factores psicopatológicos; los externalizados e internalizados. En contra de lo esperado, los problemas ansiosos aparecen examinados en menos estudios. El trabajo realizado por Deykin, Levy y Wells (1987) con adolescentes de 16 a 19 años, encontró una prevalencia de abuso de alcohol de 8,2% (35 alumnos) de los cuales cinco presentaban problemas fóbicos según los criterios del DSM. Posteriormente, Wilens, Biederman, Abrantes y Spencer (1997) estudiaron la relación entre problemas de ansiedad e ingesta de tóxicos y hallaron que la fobia social, el ataque de pánico, la ansiedad generalizada, la agorafobia y la ansiedad por separación constituían problemas implicados en la toma de tóxicos. Además encontraron que la influencia entre ambos factores variaba según la edad de la muestra analizada. Así, los problemas ansiosos producían un efecto

protector (inhibidor) durante la infancia, al contrario que en la adolescencia, donde se convertían en un factor de riesgo, como la búsqueda de efectos desinhibidores. La evidencia empírica ha demostrado que la fobia social es un predictor significativo del consumo de tabaco (Sonntag et al., 2000; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) y de alcohol (Weiller, Bisserbe, Boyer, Lepine y Lecrubier, 1996; Zimmermann et al., 2003), y ha hallado un elevado número de sujetos con fobia social que presentan un consumo abusivo de tabaco (O'Callaghan y Doyle, 2001; Sonntag et al., 2000; Wittchen et al., 1999) y alcohol (Clark, Bukstein, Smith y Kaczenski, 1995; Rabe-Jablonska, Dietrich-Muszalska y Gmitrowicz, 2004; Zimmermann et al., 2003). Los jóvenes diagnosticados como fóbicos sociales describen el consumo de estas sustancias como una conducta de escape que compensa su elevado grado de ansiedad en situaciones interpersonales (Sonntag et al., 2000). Si bien los miedos sociales y el trastorno de fobia social se caracterizan por su elevada prevalencia entre adolescentes con un patrón de abuso de drogas, los problemas externalizantes (conductas impulsivas, disruptivas, antisociales y agresivas) en este grupo de sujetos son aún más prevalentes que los primeros (Deas, St. Germaine y Upadhyaya, 2006). Además, numerosas investigaciones han encontrado que este tipo de comportamientos desadaptativos son predictores muy potentes del consumo regular y abusivo de tabaco (Bergen, Martin, Roeger y Allison, 2005; Clark, Kirisci y Moss, 1998; De Micheli y Formigoni, 2004; Kollins, McClernon y Fuemmeler, 2005; Upadhyaya, Brady, Wharton y Liao, 2003; Wu, Schlenger y Galvin, 2003) y alcohol (Bergen et al., 2005; Blum e Ireland, 2004; Clark et al., 1998; De Micheli y Formigoni, 2004; Griffin, Botvin, Epstein, Doyle y Díaz, 2000; Harrier, Lambert y Ramos, 2001; Paschall, Flewelling y Rusell, 2004; Wu et al., 2003).

Por el contrario, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que los adolescentes prosociales, asertivos y socialmente habilidosos, en comparación con los estudiantes antisociales, son menos proclives a manifestar conductas de riesgo para la salud, tales como el consumo de drogas legales e ilegales (La Greca, Prinstein y Fetter, 2001; Martínez-González et al., 2003; Sussman et al., 2004)

A pesar de la existencia de numerosas investigaciones que tratan de detectar los factores predisponentes al inicio y posterior abuso de drogas, existe una carencia importante de estudios que enfoquen sus objetivos a detectar la relación entre variables psicológicas y sociales y el uso de drogas legales en la

adolescencia, con vistas a desarrollar modelos explicativos más completos y predictivos que conduzcan a la construcción de programas o estrategias de prevención eficaces.

4.5.2.3.2. Características de personalidad

El estudio de las variables de personalidad como factores de riesgo o de vulnerabilidad para el consumo de drogas es uno de los campos menos desarrollados. Sólo determinados aspectos, como la búsqueda de sensaciones y los problemas de conducta tempranos han sido objeto de interés experimental.

De los presentes en la literatura, destacan varios estudios centrados en el análisis de aquellos rasgos de personalidad en la infancia que podrían estar implicados en el posterior consumo de sustancias. En esta línea, Brook, Witheman, Gordon y Cohen (1989), estudiaron una muestra de 600 adolescentes y sus madres en tres etapas distintas con el objetivo de determinar las influencias de los factores de personalidad en la infancia y adolescencia en el inicio y escalada en el uso de drogas. Concluyeron que rasgos como un pobre control de las emociones, la no convencionalidad y la introversión social aparecían estrechamente asociados con la escalada en el consumo de sustancias. Estos resultados estarían en consonancia con los obtenidos por estudios similares como el de Kellam, Brown, Rubin y Ensminger (1983) que enfatizaron el poder predictivo de rasgos como la timidez, la agresividad y la personalidad depresiva en la infancia en relación con el posterior uso de drogas.

En estudios comparativos, se ha descrito un amplio espectro de trastornos y características de personalidad en hijos de alcohólicos. Para este grupo, los resultados señalan una mayor presencia de rasgos antisociales (Herjanic et al., 1977; Nylander, 1960; Winokur, Reich, Rimmer y Pitts, 1970), de una personalidad de tipo pasivo-agresiva (Aronson y Gilbert, 1963) y de mayores niveles de introversión y desadaptación social (Knowles y Schroeder, 1990) junto con rasgos de impulsividad, una excesiva dependencia de los demás y otros signos de manifiesta incapacidad para desarrollar y mantener relaciones gratificantes (McKenna y Pickens, 1983; Schuckit, 1982, 1983).

Recientemente, Inglés et al. (2007) hallaron en una muestra de 371 estudiantes españoles de ESO que las variables de personalidad más

relacionadas con el consumo de sustancias legales son la extraversión y la inestabilidad emocional. En mayor medida la extraversión y la conducta antisocial estaban relacionadas con el consumo de drogas legales. De hecho, los participantes con elevadas puntuaciones en extraversión eran considerados sociables, pero también anhelaban la excitación, se arriesgaban, no controlaban adecuadamente sus sentimientos; eran impulsivos y tienden a ser agresivos. Una de las características de las personas con altos niveles de extraversión es la búsqueda de sensaciones nuevas que, como apuntan Alonso y Del Barrio (1996) constituye un factor predisponente hacia el consumo de sustancias.

En el mismo trabajo los autores encuentran que la conducta antisocial mantiene correlaciones positivas y estadísticamente significativas con el consumo de drogas legales siendo uno de los factores de mayor peso en la explicación de la probabilidad de ser consumidor de estas sustancias.

La revisión de estudios realizados con muestras comunitarias de adolescentes en los que se han empleado técnicas correlacionales y de regresión lineal ha revelado que las puntuaciones en extraversión constituyen el mejor predictor del consumo de tabaco (Canals, Blade y Domenech, 1997; Carton, 2005; Dinn, Aycicegi y Harris, 2004; Harakeh, Scholte, de Vries y Engels, 2006; Knyavev, 2004; Saiz et al., 1999) y alcohol (Anderson, Schweinsburg, Paulus, Brown y Tapert, 2005; Gothan Sher y Wood, 2003; Kirkcaldy, Siefenb, Suralb y Bischoff, 2004; Knyavev, 2004; Loukas, Krull, Chassin y Carle, 2000; Merenakk et al., 2003; Saiz et al., 1999), seguidas, en la mayoría de los casos, por las puntuaciones en neuroticismo. Además, las puntuaciones en psicoticismo parecen mostrar mayor relación y capacidad predictiva respecto al consumo de alcohol.

a) Búsqueda de sensaciones

La búsqueda de sensaciones fue definida por Zuckerman (1979) como: "La necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas" (p. 17). Este constructo general fue descrito considerando cuatro dimensiones esenciales cuya fuerza asociativa podría variar dependiendo de la edad del sujeto (etapa evolutiva) y de las situaciones difíciles (estrés) que éste debe afrontar: a) búsqueda de experiencias; (b) emoción o búsqueda de aventuras; (c) desinhibición y, (d) susceptibilidad al aburrimiento.

Zuckerman ha sido uno de los autores que más se ha centrado en estudiar y relacionar la búsqueda de sensaciones, entendida como rasgo de la personalidad, y la conducta de riesgo (Horovath y Zuckerman, 1993; Zuckerman, 1979), en la que ha incluido repetidamente diversas conductas relacionadas con el consumo de sustancias como el beber y el fumar, al implicar éstas un riesgo a largo plazo (Zuckerman, 1980; 1987). En este mismo sentido, son muchas las investigaciones que han relacionado ampliamente la búsqueda de sensaciones, ya sea como constructo total o como dimensiones separadas, con determinadas conductas como el uso de alcohol y otras drogas ilegales y la criminalidad (Bates, Labouvie y White, 1986; Clayton, Cattarello, Day y Walden, 1991; Huba et al, 1986), tanto en poblaciones de jóvenes como de adolescentes. Así, destacan los estudios realizados por Teichman y cols. (Barnea, Teichman y Rahav, 1992; Teichman, Barnea y Rahav, 1989) en los que encontraron una estrecha relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias, siendo ésta la variable de mayor poder predictivo, muy por encima de factores como la ansiedad, la depresión o las relaciones con los padres (Pedersen, Clausen y Lavik, 1988, 1989). Resultados similares son los obtenidos por otros estudios en los que se señalan fuertes correlaciones entre esta variable de personalidad y el uso de drogas, similares a las que se establecen entre éste y las relaciones paternas o la influencia de los compañeros (Joe y Simpson, 1991) y la excitabilidad emocional y la depresión, en el caso de grupos de adolescentes asociales (Levenson, 1990).

La dirección de los resultados comentados se ha visto confirmada por los datos obtenidos en estudios realizados en nuestro país. Este es el caso de la investigación llevada a cabo por Cárdenas y Moreno-Jiménez (1989) con adolescentes y jóvenes de 14 a 19 años, en la que encontraron que el consumo de alcohol correlacionaba positivamente con la búsqueda de sensaciones, aunque no ocurría así en el caso del consumo de tabaco. En este mismo sentido, Alonso y Del Barrio (1994), señalaron que aquellos sujetos que con mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones presentaban un mayor consumo de drogas legales como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

En resumen, la búsqueda de sensaciones, entendida como rasgo de personalidad previo, puede ser un factor de riesgo importante en relación con el uso/abuso de drogas en población adolescente, de la misma forma que los son otro tipo de variables de carácter contextual o familiar.

b) Personalidad antisocial: Problemas de conducta tempranos y persistentes

Los estudios en este área parten del supuesto de que cuando aparecen frecuentes conductas antisociales serias y variadas en la infancia, lo más probable es que persistan en la edad adulta (Robins, 1978), y que favorezcan el desarrollo posterior de otro tipo de comportamientos de riesgo más peligrosos como es el uso/abuso de drogas. En esta línea, Brook et al. (1990) encontraron que los niños irritables, que se pueden distraer fácilmente, con rabietas y peleas frecuentes con sus hermanos e implicados en el desarrollo de conductas predelinquentes eran más proclives al uso de drogas en la adolescencia que aquellos que no exhibían tales conductas.

Concretamente, la conducta agresiva en niños parece ser una señal de la conducta antisocial posterior. Se ha encontrado que la agresividad en niños entre los 5 y los 7 años puede ser un potente predictor de la conducta antisocial posterior que incluye la frecuencia de uso de drogas en la adolescencia (Kellam y Brown, 1982. los problemas de drogas en la edad adulta (Lewis, Robins y Rice, 1985; Nylander, 1979;) y la delincuencia en la etapa adolescente (Loeber, 1988, Spivack, 1983).

De cualquier modo, es necesario señalar que la agresividad temprana no va invariablemente seguida de una conducta antisocial seria en la etapa adulta. Según los estudios, aproximadamente, sólo el 30-40% de los niños con conductas desadaptadas y agresivas continúa exhibiéndolas de 4 a 9 años más tarde (Loeber y Dishion, 1983). Así, en las muestras estudiadas, pocos jóvenes desarrollaron conductas agresivas físicas al final de la infancia o la adolescencia si no habían desarrollado tales conductas en una temprana infancia y, la mayoría de ellos, superaron las conductas agresivas iniciales. De cualquier modo, los datos parecen señalar que si la conducta agresiva continúa hasta el comienzo de la adolescencia (13 años), puede ser considerada como un potente predictor del alcoholismo y de la conducta agresiva en los años de adolescencia posteriores (Loeber, 1988; McCord, 1981). Además, el abuso de drogas parece hacerse más probable si la conducta antisocial persiste y se vuelve más variada en la adolescencia temprana incluyendo peleas y mal comportamiento en la escuela (Kandel, 1982; Sarnes y Welte, 1986).

Finalmente, hay que subrayar que variables como la hiperactividad y los desórdenes por déficit de atención parecen incrementar el riesgo de la delincuencia cuando se combinan con problemas de conducta, incluyendo la agresión en todas sus formas. En este sentido, Gittelman, Mannuzza y Bonagura (1985) encontraron una alta prevalencia de trastornos de abuso de sustancias en la adolescencia tardía entre sujetos diagnosticados de hiperactividad en la infancia. Lo mismo ocurría en el caso de la emisión de conductas delincuentes, ya que también los que tenían un mayor riesgo eran aquéllos que tenían trastornos de hiperactividad y de conducta. A pesar de la importancia del resultado, el descubrimiento de Gittelman et al., (1985) que señala que la hiperactividad sin ir acompañada de problemas de conducta puede predecir por sí sola un riesgo aumentado para el abuso de sustancias, no ha sido replicado. Sin embargo, sugiere la importancia de realizar investigaciones sobre la relación entre los trastornos por déficit de atención, los problemas de conducta y el abuso de sustancias.

La investigación realizada hasta la fecha con niños y adolescentes antisociales ha confirmado, precisamente, que estos tienden a presentar altas puntuaciones en extraversión y en psicoticismo (Cerezo, 2001; Inglés et al., 2005; Inglés, Hidalgo et al., 2003; Inglés, Méndez, Hidalgo e Inderbitzen, 2002; Inglés, Méndez et al., 2003; Méndez, Hidalgo e Inglés, 2002).

Como indican Espada y Méndez (2002), son aún escasos los trabajos que evalúan la incidencia de estas conductas en la población juvenil española. Estos autores señalan que uno de los trabajos más recientes fue realizado por Mirón et al., (1997), estudiando una muestra española representativa, formada por más de 7500 adolescentes de 14 a 19 años. Se encontró que las conductas de vandalismo y agresión afectaban a cerca del 50%, mientras que el 25% informaba de alguna conducta de robo. La proporción de adolescentes que reconocían haber participado en la venta y tráfico de droga era cercana al 5%. El estudio mostraba relación entre el consumo de alcohol, y drogas ilegales como el cannabis y la cocaína y los comportamientos antisociales, ya que los adolescentes que realizaban este tipo de conductas eran consumidores de droga con mayor probabilidad.

Si consideramos cómo evoluciona esta relación entre droga y conducta antisocial, los estudios coinciden en que la agresividad en niños pequeños (de 5 a

7 años) puede ser un importante predictor de la conducta antisocial posterior, incluyendo la frecuencia de uso de drogas en la edad adulta y la delincuencia en la etapa adolescente. Si la conducta agresiva perdura hasta el comienzo de la adolescencia (13 años), se considera como un potente predictor del alcoholismo y de la conducta agresiva adulta (Giancola, Mezzich y Tarter, 1998; Graña y Muñoz, 2000).

El papel de las actividades predelictivas como factor predictivo del consumo de drogas es notable. Graña y Muñoz (2000) encontraron que entre adolescentes consumidores había mayor probabilidad de realizar actividades predelictivas, como romper los cristales de casas deshabitadas, robar cosas de una tienda o de un coche, llevar un arma por si se necesita en una pelea, etc. Es más, el abuso de drogas se hace más probable en los casos en que la conducta antisocial persiste y se hace más variada en la adolescencia temprana, incluyendo peleas y mal comportamiento en la escuela (Kandel, 1982, Barnes y Welte, 1986). Otros estudios, como el de Basabe y Páez (1992), confirman la comorbilidad entre el consumo de alcohol y las conductas antisociales, hallando que el 11% de los adolescentes tienen problemas de relación causados por el alcohol en forma de peleas y riñas con los amigos, y un 12% con otras personas. Por su parte, Wechsler et al. (1995) señalan la ocurrencia de peleas en un 22% y de lesiones en un 10%.

Las pautas actuales de consumo, asociadas al ocio durante el fin de semana, hacen que la mayoría de estos comportamientos perturbadores se den en ese contexto. Calafat et al. (2000) han investigado el comportamiento de los adolescentes y jóvenes cuando salen "de marcha" en las principales capitales españolas.

Se ha analizado las conductas antisociales que realizan los adolescentes, encontrando que la más frecuentes es conducir un coche sin tener permiso de conducción (18,4% de los encuestados lo había hecho en los últimos doce meses y el 19,5% lo hizo al menos una vez desde los quince años de edad). Dañar deliberadamente los bienes públicos es una acción realizada en el último año por el 19,2% de los sujetos, llevarse cosas de tiendas sin pagarlas lo hace el 34,6%, e involucrarse en peleas físicas el 32,3%.

Los trastornos de comportamiento perturbador pueden llegar a ser mejores predictores de problemas graves derivados del abuso de alcohol que otros factores también considerados clave, como el inicio temprano del consumo (Anderson, 2000). Otros estudios se han centrado en analizar el efecto de otras sustancias como la marihuana. Se ha observado que en adolescentes que consumían habitualmente marihuana aparecían más problemas de conducta como ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de atención, conducta delictiva y comportamiento agresivo, si se comparaba con sujetos que no consumían (Greenblatt, 1998). De igual manera se presentan los datos referentes al consumo de tabaco y de drogas ilegales. Petersen y Skrondal (1999) encontraron que todos los patrones de consumo de drogas ilegales estaban altamente asociados con el tabaquismo, el consumo de alcohol y las conductas disruptivas.

La frecuencia de problemas de conducta como los comportamientos perturbadores está directamente relacionada con las tasas de consumo de sustancias. Los trastornos de conducta disruptiva y la depresión estaban asociados con las tasas de consumo más altas, y con el inicio al consumo más temprano, en ambos sexos (Costello et al., 1999; Rooney y Villahoz, 1994).

Otros trastornos de comportamiento perturbador, además de los aquí tratados, se han constatado como predictores del consumo de drogas en adolescentes. Así, Milberger et al. (1997) hallaron, tras cuatro años de seguimiento de una muestra de adolescentes, que el déficit de atención con hiperactividad era un buen predictor del abuso del alcohol, en especial del inicio temprano al consumo. El riesgo era especialmente alto si además del diagnóstico de hiperactividad los sujetos presentaban problemas de conducta. Otros trastornos psicopatológicos, como el trastorno de la personalidad antisocial o la depresión han recibido también la atención investigadora por su estrecha relación con el uso de drogas. Se ha observado que los alumnos que presentaban problemas de conducta y depresión mostraban los mayores niveles de consumo de sustancias (Miller et al., 1998).

Destacamos, por fin, la investigación de Clark et al. (1997), en la que se estudió la psicopatología comórbida en adolescentes consumidores entre 14 y 18 años. Para ello se compararon los trastornos diagnosticados en una muestra de adolescentes con dependencia alcohólica y en un grupo sin adicción, encontrando

que el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático presentaban tasas significativamente más altas en el grupo de consumidores de alcohol que en el grupo control. Con menor frecuencia, otros estudios han informado de la relación entre adicción a sustancias por parte de adolescentes con trastornos de ansiedad como la fobia social (Sonntag et al., 2000).

El diagnóstico de trastorno de comportamiento perturbador y uso de drogas puede repercutir en otras áreas de la vida del adolescente, además de la salud, y del entorno socio-familiar. Por ejemplo, Basabe y Páez (1992) encontraron una asociación entre consumo de alcohol y fracaso escolar: cuanto mayor es el número de cursos repetidos y de suspensos en el último año, mayor es el consumo de alcohol.

4.5.2.3.3. Actitudes favorables hacia la droga

Los estudios han encontrado una estrecha relación entre la iniciación en el uso de drogas y ciertas actitudes y creencias con respecto a las mismas. En este campo de estudio destaca la contribución de Jessor y Jessor (1977), que señalaron que tanto las actitudes de los adolescentes como las normas de los grupos de iguales cambiaban, con relación al consumo de drogas, antes de que los usuarios comenzasen a consumir, siendo el primer paso en dirección al consumo de cualquier sustancia un cambio de actitud desde una postura condenatoria a otra mucho más favorable. Según su teoría, el cambio de actitudes se atribuye a la influencia de varios procesos como:

- a) la observación de la conducta de los padres al consumir alcohol y medicamentos;
- b) la interpretación de las actitudes de los padres sobre el consumo de estas sustancias;
- c) la observación del consumo entre el grupo de iguales y,
- d) la interpretación de las actitudes y normas del grupo de iguales y la religión.

De esta forma, el joven asimila y selecciona las vivencias incorporándolas a su identidad y, como resultado, cambian las actitudes y más tarde las conductas. Además, como consecuencia de incorporar nuevas conductas, surgen nuevos

cambios en las actitudes personales favorables hacia las mismas, incrementando su frecuencia y potenciando su mantenimiento.

Estos planteamientos han sido corroborados por diversos estudios, tanto de dentro como de fuera de nuestras fronteras. Son muchos los autores que defienden que, de forma genérica, el inicio en el uso de cualquier sustancia suele ir precedido por valores favorables hacia este uso (Kandel, Kessler y Margulies, 1978; Krosnick y Judd, 1982; Smith y Fogg, 1978).

Más concretamente, con referencia al momento evolutivo en el que se produce este cambio, los resultados obtenidos por Pisano y Rooney (1988), con una muestra de chicos estadounidenses con edades comprendidas entre los 9 y los 11 años, informaron que las actitudes favorables hacia el uso de cerveza y vino fueron aumentando a través de estas edades desde el 29% hasta el 47% respectivamente, a pesar de que la tasa de consumo no se vio modificada, confirmando la existencia de un cambio general de actitudes previo al cambio del comportamiento.

Por su parte, Rooney y Villahoz (1994) obtuvieron resultados similares con una muestra de jóvenes españoles de entre los 10 y los 18 años y mostraron que los mayores cambios sucedieron en las actitudes del grupo con edades comprendidas entre los 13-14 años. Con referencia a este rango de edad, detectaron que a la edad de 10-13 años prevalecen las actitudes condenatorias hacia el uso de drogas mientras que, a partir de ella, cambia tanto la dirección de las mismas (se convierten en más permisivas) como la estimación del peligro que puede suponer el consumo produciéndose un notable descenso, sobre todo con respecto al alcohol (cerveza y vino), que se mantiene hasta la edad de 18 años. Los autores señalan que es necesario atender al hecho de que este tipo de cambios se producen al mismo tiempo que un incremento considerable del consumo de sustancias tanto por parte de los propios jóvenes como por sus grupos de amigos.

En relación con el tipo de actitudes que pueden tener un peso determinante a la hora de iniciar el consumo de sustancias, no son muchos los estudios dedicados a determinar esta cuestión específica. En este contexto, las creencias o actitudes de los jóvenes con respecto a diversos temas relacionados con el consumo de sustancias que más se han estudiado son:

- a) Aquéllas referentes a los perjuicios del consumo para la salud. A este respecto, los estudios realizados con población adolescente española han señalado que, en general, los jóvenes disponen de una información adecuada sobre el peligro del consumo, pero existen diferencias importantes con respecto al tipo de sustancia considerada. Así, con respecto al alcohol y al tabaco, el conocimiento de los escolares sobre el daño que pueden causar a la hora de consumirlos es bastante satisfactorio (Escámez y García, 1990; Ortega et al., 1992; Torres, 1987, 1989), mientras que, en el caso del hachís y del uso indiscriminado de fármacos, los porcentajes de chicos que se muestran favorables hacia su consumo aumentan considerablemente (Comas, 1986; Ortega et al.; 1992; Varó, 1983).
- b) Aquéllas referentes a la idea de que las drogas no generan dependencia. En general, los datos resultantes de los estudios señalan que aproximadamente entre el 25-30% de los adolescentes encuestados desconocen claramente el hecho de que todas las drogas generan dependencia en aquellos que las consumen (Torres, 1987, 1989; Escámez y García, 1990). Ortega, Mínguez y Pagan (1992) advirtieron que si a estos datos se les suma el gran porcentaje de jóvenes que se muestran indiferentes con respecto a este desconocimiento tanto sobre la dependencia que genera el consumo de drogas como de su peligrosidad para la salud junto con su aceptación social y tolerancia, pueden constituir un riesgo claro sobre todo para la población más joven (11-14), por ser inexperta y caracterizarse por la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones. En este sentido, puede hablarse de posiciones positivas o favorables hacia el consumo de sustancias, sin que esto suponga que este tipo de actitudes lleve de forma directa al consumo. Sin embargo, es necesario señalar que una vez que existe este tipo de posicionamientos en los adolescentes, de no existir una clara oposición por parte de la familia o los amigos o dificultades reales para conseguir la sustancia, puede que sean determinantes para la implicación posterior en el consumo. Tal es el caso del alcohol y el tabaco en que, dada la tolerancia social de que disfrutaban y su fácil
-

accesibilidad, las actitudes pueden configurarse como importantes y fiables predictores de su consumo.

- c) Aquéllas referentes a que el consumo no perjudica la práctica del deporte ni el rendimiento académico. Los datos aportados por los estudios sobre la percepción de que no existe influencia negativa del consumo en estos dos aspectos son coincidentes con los obtenidos respecto al hecho de que éste no es peligroso para la salud (Escámez y García, 1990; Ortega et al, 1992).

A pesar de ello, es necesario señalar diferencias importantes entre ambas.

Así, con respecto a la influencia del uso de sustancias en la práctica del deporte, se obtienen altos porcentajes de jóvenes que perciben una clara influencia negativa de las drogas en este campo, debido quizás, a la amplia información emitida por los medios de comunicación y a la política educativa de los centros escolares sobre la relación droga-deporte (Ortega et al, 1992).

Por el contrario, también son muchos los adolescentes que desconocen y, por lo tanto, no perciben influencia negativa alguna del consumo en el estudio. En este caso, la mayor tolerancia o aceptación del uso de drogas con respecto al rendimiento académico (Escámez y García, 1990; Ortega et al, 1992) podría explicarse tanto por el uso indiscriminado cada vez mayor de ciertas sustancias supuestamente beneficiosas para la obtención de mejores resultados en el estudio como por el hecho de que, a la edad de 11-14 años, los modelos más cercanos a imitar son más bien los deportistas de élite y no los hombres de ciencia, como han señalado Ortega y Mínguez (1990).

Finalmente, es necesario señalar dos conclusiones importantes a las que llegan los estudios en este área pensando, sobre todo, en sus implicaciones de cara a la formulación de programas preventivos.

En primer lugar, tal y como se ha observado repetidamente (Ortega y Mínguez, 1990; Ortega et al, 1992), los resultados sugieren que existe una estrecha relación entre el sexo y las actitudes hacia la droga, siendo los varones los que se muestran, por lo general, más favorables hacia su uso que las mujeres.

En segundo lugar, los datos obtenidos subrayan la idea de que, en gran cantidad de casos, los conocimientos objetivos sobre los efectos nocivos de una

sustancia tienen escasa relación con el consumo abusivo de la misma, por lo que aquellas estrategias dirigidas a la prevención que estén basadas únicamente en la acumulación de información por parte de los jóvenes, probablemente no obtendrán el éxito perseguido (Pons et al., 1996).

4.5.2.3.4. Ausencia de valores ético-morales

Numerosos estudios han propuesto que la alienación de los valores dominantes de la sociedad (Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1982; Penning y Barnes, 1982), la baja religiosidad (Jessor, Donovan y Windmer, 1980; Robins, 1980; Kandel, 1982) y la rebeldía (Bachman, Lloyd y O'Malley, 1981; Kandel, 1982) están relacionadas positivamente con el uso de drogas y la conducta delincuente.

De forma parecida, una alta tolerancia de la desviación (Jessor y Jessor, 1977), una fuerte necesidad de independencia (Jessor, 1976) y la ausencia de normas (Paton y Kandel, 1978) parecen vincularse de forma directa con el consumo de sustancias. Todas estas cualidades suelen aparecer caracterizando a jóvenes que no tienen lazos de unión con la sociedad y en los que la ausencia de la interiorización consolidada de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos se confirma en repetidas ocasiones (Pons et al, 1996).

Centrados en el estudio de grupos de adolescentes consumidores, Shedler y Block (1990), encontraron que la alienación interpersonal medida a la edad de 7 años predecía el uso frecuente de marihuana a la edad de 18 años. Por su parte, Cross y Pruyn (1973), comprobaron que en alumnos de secundaria el consumo estaba relacionado con valores personales, sobre todo con el valor de la independencia, y no con los valores sociales de amistad, confianza y aceptación interpersonal.

Estos resultados fueron confirmados por estudios posteriores tanto para el consumo de alcohol y de heroína (Rokeach, 1978) como para el de cocaína y marihuana (Carlson y Edwards, 1990), concluyendo que los jóvenes orientados por valores personales eran más propensos a iniciarse en el uso de sustancias y, una vez comenzado, a incrementarlo, mientras que aquellos que optaban por valores pro-sociales eran menos propensos a comenzar con el uso de drogas así como a experimentar con otras más potentes.

En el caso del tabaco, Fracchia (1974) señaló que el ambiente favorable hacia el consumo en el que se encontraban inmersos los adolescentes venía determinado principalmente por el olvido de los valores tradicionales y la utilización cada vez más extendida de otras drogas ilegales.

En cuanto a la investigación realizada en España, no son muchos los estudios centrados en estos aspectos. Por una parte, muchos de ellos han dirigido su interés al estudio del fenómeno del consumo de drogas y no al de los valores que promueven tal consumo. Por otra, los estudios dedicados a los valores inciden más en las actitudes que en los valores específicos propiamente dichos. A pesar de ello, destacan algunos informes aportados por diversos grupos de investigadores que estudian grupos de jóvenes pertenecientes a distintas poblaciones de España. Tal es el caso de los trabajos realizados por Elzo y cols. (Elzo et al, 1987; Elzo, 1989) sobre la Juventud Vasca, los de Peiró, Del Barrio y Carpintero (1983) realizados con población valenciana, concretamente en la ciudad de Torrent, y el realizado en Sevilla por Ruiz, Lozano y Polaino (1994).

Además de los valores comentados anteriormente, son muchos los trabajos que citan la religión o la religiosidad y la moralidad como valores relevantes para la protección del adolescente frente al uso de drogas (Levy, 1973; Lozano et al, 1992; Mercer y Smart, 1974; Ruiz et al, 1993; Weschler y McFaddeen, 1979).

Estudios como el de Ruiz, Lozano y Polaino (1994), señalaron que entre los no consumidores había un mayor número de creyentes, tanto practicantes como no practicantes, que en el grupo de los consumidores, en el que se daba un mayor porcentaje de adolescentes no creyentes. Estos datos confirmaron los encontrados con anterioridad (Peiró et al., 1983), que mostraron que la religión y la moral podrían ser entendidos como factores de protección al constituir un marco de referencia para los jóvenes en el que predominaban los valores prosociales y en el que coexistían grupos de referencia ajenos a la práctica del consumo.

Finalmente, es preciso hacer referencia a un interesante estudio realizado en la provincia de Burgos (Moradillo, 1995) en el que se estudió de forma pormenorizada los valores predominantes en los estudiantes entrevistados (B.U.P., C.O.U., FPI y FP2) y, además, aquellos que podrían diferenciar a los grupos de consumidores de los no consumidores de drogas. Se concluyó que,

como norma general, no existían diferencias significativas relevantes entre ambos grupos en cuanto a los valores que defendían, siempre que no se tratara de consumidores excesivos en los que sí aparecían valoraciones distintas.

De esta forma, los grupos de consumidores excesivos tanto de alcohol como de tabaco y de drogas no integradas, parecían caracterizarse por:

- a) una postergación de los valores psicobiológicos (ej., la alegría, la ilusión, la amistad, la ecología, la armonía interior, la autoestima), especialmente en varones;
- b) una menor presencia de valores morales (ej., dirigir tu vida y la responsabilidad) en el caso de varones con alto consumo de alcohol en comparación con los consumidores en menor escala y los abstemios;
- c) una menor estimación de los valores sociales (ej., tolerancia, paz, igualdad y liderazgo) especialmente en grandes consumidores de alcohol (varones) y de drogas integradas pero no en el caso del consumo del tabaco;
- d) un menor aprecio de los valores estético-intelectuales (ej., sabiduría, sentido crítico, imaginación, buena educación y belleza y armonía) y,
- e) un menor aprecio por los valores trascendentales (ej., fe religiosa y sentido de la vida).

Tabla 4.4. Resumen de factores de riesgo psicológicos.

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
1º. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	Aneshensel y Huba, 1983 Kaplan, 1985 Huba et al., 1986 Labouvie, 1986	El uso de drogas suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional y el consumo suele ser utilizado para aliviarlo.
	Lemer y Vicary, 1984	Un temperamento difícil (frecuentes estados de ánimo negativos y aislamiento social) a la edad de 5 años contribuye a la aparición de problemas relacionados con el uso de drogas en la edad adulta.
	Shedler y Block, 1990	Consumidores habituales de marihuana a la edad de 18 años se caracterizan por tener problemas emocionales en la infancia.
	Elliot et al., 1985 Dembo et al., 1987	El uso de drogas es mayor entre los jóvenes en los que se dan otros factores de riesgo además de problemas emocionales y psicológicos (situaciones de encarcelamiento y aislamiento social).

Tabla 4.4. Resumen de factores de riesgo psicológicos. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
1°. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD (Continuación)	Bombin, 1980 Moos y Billings, 1984 Tarter et al., 1984 Callan y Jackson, 1986 Pérez Gálvez, 1991 Pérez Gálvez y De Vicente 1992	Los hijos de padres alcohólicos presentan una mayor intensidad y prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad (molestias psicosomáticas) y disfunción social, en comparación con los hijos de padres no consumidores. Estos síntomas decrecen conforme aumenta el tiempo de abstinencia por parte del familiar alcohólico.
	Christie et al., 1988	La relación existente entre trastorno depresivo / ansiedad y consumo de alcohol (y otras drogas) es elevada y el trastorno precede al consumo en el 75% de los casos.
	Barnea et al., 1992	La ansiedad (rasgo y/o estado) y la depresión no resultaron estadísticamente significativas en estudio con muestra de 15 a 19 años para el consumo de alcohol y otras drogas.
	Brooks et al., 1981 Khantzian, 1985 Robson, 1989 Shedler et al., 1990	Encuentran una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y de otras drogas y altos niveles de ansiedad y depresión.
	Newcomb et al., 1986 Newcomb y Bentler, 1988 Crumley, 1990 Stowell y Estroff 1992 Ruiz et al., 1994	En los adolescentes consumidores habituales de drogas, existe un nivel muy bajo de insatisfacción personal que explicaría la alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de suicidio.
	Inglés et al. 2006	Las puntuaciones en consumo de tabaco se relacionan positiva y significativamente con las puntuaciones en conducta antisocial, en el caso de los estudiantes de 2° de ESO. Sin embargo, entre los adolescentes de cursos superiores, el consumo de esta sustancia se relaciona, además, positiva y significativamente con puntuaciones en extraversión e inestabilidad emocional, aunque la magnitud de todas las correlaciones es pequeña, no apreciándose un peso diferencial entre las mismas. Las puntuaciones de consumo de alcohol presentan una correlación positiva, estadísticamente significativa y de magnitud pequeña con la puntuación de psicoticismo en el grupo de estudiantes de 2° de ESO, mientras que dicho consumo se relaciona positiva y significativamente con las puntuaciones en extraversión y comportamiento antisocial, situándose el tamaño del efecto de estas correlaciones por debajo del límite inferior (< 0,30) propuesto por Cohen (1988).

Tabla 4.4. Resumen de factores de riesgo psicológicos. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
B. PERSONALIDAD ANTISOCIAL (Continuación)	Nylander, 1979 Kellam y Brown, 1982 Spivack, 1983 Lewis et al., 1985 Loeber, 1988	La agresividad en niños de 5-7 años, predice el uso recuente de drogas y la delincuencia en la adolescencia y la edad adulta
	Loeber y Dishion, 1983	Sólo el 30-40% de los chicos con problemas de conducta agresiva los mantienen de 4 a 9 años más tarde.
	McCord, 1981 Kandel, 1982 Bames y Welte, 1986 Loeber, 1988	Si la conducta agresiva presente en la infancia persiste en la adolescencia, es un potente predictor del alcoholismo, del abuso de drogas y de la conducta agresiva en años posteriores.
	Gittelman et al., 1985	La hiperactividad en niños, especialmente si va acompañada por problemas de conducta, incrementa el riesgo de abuso de sustancias en la adolescencia.
	Brook et al., 1990	Los niños irritables, fácilmente distraíbles, con frecuentes rabietas, peleas con los hermanos y con conductas predelincuentes tienen mayor probabilidad de consumir alcohol y otras drogas en la adolescencia.
ACTITUDES FAVORABLES HACIA LA DROGA	Kandel et al., 1978 Smith y Fogg, 1978 Krosnick y Judd, 1982	La iniciación en el uso de drogas suele ir precedida por valores (actitudes) favorables hacia el consumo.
	Pisano y Rooney, 1988 Rooney y Villahoz, 1994	Los mayores cambios en las actitudes con respecto a las drogas se suceden en aquellos grupos de jóvenes entre los 10-14 años, pasando de ser extremadamente condenatorias a ser más permisivas manteniéndose hasta los 18 años.
	Varó, 1983 Comas 1986 Torres, 1987, 1989 Escámez y García, 1990 Ortega et al., 1992	En población española, en general, los jóvenes disponen de una información adecuada sobre el peligro del consumo de alcohol y tabaco pero no ocurre así en el caso del hachís y los fármacos. El hecho de que los adolescentes desconozcan que todas las drogas generan dependencia en quien las consume y se muestren indiferentes ante tal desconocimiento (25-30%), supone un riesgo claro para el abuso de drogas sobre todo a las edades de 11 a 14 años.

Tabla 4.4. Resumen de factores de riesgo psicológicos. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
ACTITUDES FAVORABLES HACIA LA DROGA (Continuación)	Ortega y Mínguez, 1990 Ortega et al., 1992 Pons et al., 1996	En función del sexo, los varones se muestran más favorables hacia el consumo que las mujeres. Los conocimientos objetivos sobre los efectos nocivos de una sustancia no tienen una influencia decisiva en el posible abuso de la misma.
AUSENCIA DE VALORES ÉTICO-MORALES	Jessor y Jessor, 1977 Jessor et al., 1980 Robins, 1980 Kandel, 1982 Penning y Bames, 1982	La alienación de los valores dominantes de la sociedad y la baja religiosidad correlacionan positivamente con el uso de drogas y la conducta delincuente.
	Smith y Fogg, 1978 Kandel, 1982.	La rebeldía y la resistencia a la autoridad tradicional están fuertemente relacionadas con el consumo de sustancias.
	Jessor, 1976 Jessor y Jessor, 1977 Paton y Kandel, 1978	Una alta tolerancia a la desviación y una fuerte necesidad de independencia incrementan la probabilidad del uso de drogas.
	Cross y Proyn, 1973 Fracchia, 1974 Rokeach, 1978 Carlson y Edwards, 1990	Los jóvenes orientados por valores personales son más propensos a iniciarse en el uso de drogas legales e ilegales que aquellos que optan por valores de tipo pro-social.
	Levy, 1973 Mercer y Smart, 1974 Weschler y McFaddeen, 1979 Peiró et al., 1983 Lozano et al, 1992 Ruiz et al., 1993 Ruiz et al, 1994	La religiosidad y la moralidad son valores extremadamente relevantes para la protección del adolescente frente al uso de drogas.
	Moradillo, 1995	Los consumidores de alcohol y otras drogas se caracterizan por un menor aprecio de los valores morales y sociales.

4.5.2.4. Factores de socialización

El supuesto central del proceso de socialización consiste en que la adquisición de conductas y valores está determinada, en gran medida, por una matriz de relaciones sociales en la que el individuo se enclava y que es crucial para considerar de forma simultánea a varios miembros de esa red. En este caso, el uso de drogas es una de las conductas que resultan de una interacción entre las características individuales del joven y las influencias alternativas de diversos grupos sociales. El aspecto clave para la socialización del adolescente es la extensión con la que las conductas de los jóvenes dependen de las influencias intrageneracionales del grupo de iguales y de los adultos, especialmente de los padres, a pesar de que éstas sean en muchos casos divergentes y contradictorias en relación a determinados aspectos como, por ejemplo, el uso de drogas.

Se han planteado dos formas o procesos generales para describir cómo las personas significativas para el adolescente pueden influir en su conducta. Estos son:

- a) El modelado. Es el proceso más directo a través del cual el joven modela sus propias conductas o actitudes en función de la conducta de los demás, simplemente observando y replicando las acciones o trasladándolas a formas más acordes con su estilo de vida. Se dan dos condiciones específicas que favorecen especialmente el proceso de modelado: la primera depende del prestigio y del poder del modelo y, la segunda, depende de la percepción por parte del adolescente de una relación afectiva entre él y el modelo tomado en consideración. Así, por ejemplo, es más probable que el joven se inicie en el uso de marihuana si sus padres o amigos la consumen que si lo hacen personas de su entorno con las que no existan lazos de identificación personales y afectivos relevantes.
- b) El reforzamiento social, proceso de acción más indirecta, en el que los adolescentes responden a lo que los padres y los compañeros definen como conductas y valores apropiados en relación con determinados aspectos, favoreciendo el desarrollo de lazos interpersonales en los que tanto los valores y actitudes como las conductas son componentes esenciales.

Tomando en consideración estas pequeñas pinceladas sobre los planteamientos teóricos que subyacen al estudio de las variables relacionadas con los principales factores de socialización (padres, amigos y escuela), entendidas como posibles condiciones de riesgo para el uso de drogas en este caso, se pasará, a continuación, a analizar de forma más detallada aquéllas que se han señalado como más relevantes y determinantes en este campo.

4.5.2.4.1. Factores familiares

La familia es un grupo primario, un grupo de convivencia interpersonal, con una relación de parentesco y con experiencias de intimidad que se extienden a lo largo del tiempo. Todo ello facilita un largo proceso de convivencia entre sus distintos miembros, especialmente los más pequeños, desde que nacen hasta que se emancipan, pudiendo mantenerse la vinculación durante toda la vida, con cambios a lo largo del tiempo al tomar los que se hacen adultos nuevos roles. Además, la familia asume su papel (el papel de familia) y se compara con otras, adquiere identidad propia para diferenciarse de las demás. En este caso, la familia viene a ser más que la suma de sus miembros, forma una unidad, unidad que se asienta en la historia de las generaciones previas y de su historia. Va, por tanto, más allá de los lazos biológicos y legales. La persona nace y crece en una familia, se socializa, aprende cómo es el mundo y cómo lo ven esas personas de su entorno inmediato, recibe afecto, cubre las necesidades básicas, etc. Esto es, el individuo ve e interpreta el mundo a través de ella. Parte de lo que sea en la vida adulta va a depender de la misma.

La importancia del papel otorgado a la familia en relación con el consumo de drogas ha sido un acercamiento relativamente nuevo, coincidiendo con el estudio del abuso de drogas desde una perspectiva más globalizadora y no exclusivamente centrada en el individuo (modelo médico). Desde este nuevo enfoque, comienza a defenderse la postura de que todo ser humano está influido por distintos factores tanto a nivel biológico, psicológico y social a través del proceso de socialización como culturalmente, a través de las tradiciones, costumbres y valores transmitidos generacionalmente.

En este contexto, la familia toma un papel determinante ya que es dentro de su estructura donde el niño aprende las habilidades y valores necesarios para

tomar decisiones referentes a múltiples aspectos de la vida cotidiana, entre los que se incluye el uso y abuso de drogas.

Por todo ello, en la última década han sido muchas las líneas de investigación dirigidas al estudio del consumo de drogas intentando determinar la posible contribución de la familia tanto en el inicio (factor predeterminante) como en el mantenimiento del mismo. En este sentido los autores han intentado señalar aquellos factores pertenecientes al ámbito familiar que, repetidamente han aparecido directamente relacionados con el abuso de sustancias, proponiendo la existencia de altas correlaciones entre éste y aspectos como, por ejemplo, un ambiente familiar deteriorado, una inadecuada relación familiar, la naturaleza de las relaciones padres-hijos, la incompreensión paterna hacia los hijos y/o el autoconcepto del joven en relación a la autopercepción familiar, entre otros.

a) Estructura y composición familiar

En referencia a este aspecto, se ha analizado la influencia de ciertas características estructurales como son el tamaño de la familia en función de la ausencia de uno de los progenitores (bien por el divorcio de los padres o bien por otras causas) o la existencia de un mayor o menor número de hermanos.

En cuanto al primer aspecto, muchos estudios han señalado que la ausencia de uno de los padres del seno familiar podría conceptualizarse como un factor de riesgo que permitiría predecir el consumo futuro de tóxicos por parte de los hijos (Baumrind, 1983; Stern, Northman y Van Slyck, 1984). Kellam, Simon y Ensminger (1983) realizaron un estudio con alumnos de primaria y sus madres y encontraron que, en contra de lo que se creía, no era la ausencia del padre el predictor del uso posterior de drogas sino más bien el hecho de que la madre viviese sola. Si la madre convivía con otro adulto, independientemente del rol específico que éste desempeñara dentro de la estructura familiar, la posibilidad de que sus hijos se iniciaran en el consumo de sustancias y en la delincuencia era similar a la de aquellos chicos cuyos padres estaban presentes en el contexto familiar.

Paralelamente, se han estudiado otro tipo de causas comunes del cambio de la estructura familiar y su implicación en el mayor o menor consumo de sustancias por parte de los adolescentes. Tal es el caso del divorcio (ausencia de

uno de los progenitores dentro de la estructura familiar) y del hecho de que uno de los padres vuelva a casarse (inclusión de un miembro más dentro de la organización familiar).

En esta dirección trabajaron Needle, Su y Doherty (1990), que condujeron un estudio longitudinal durante 5 años con un grupo 508 jóvenes y sus respectivas familias. Todos ellos fueron clasificados de acuerdo con la categorización de si sus padres habían estado casados de forma continuada, divorciados cuando ellos eran niños o divorciados cuando eran adolescentes.

Los resultados fueron especialmente relevantes sobre todo en función del sexo de los participantes. Así, el divorcio de los padres se configuró como un predictor significativo para la implicación de los hijos varones en el uso de drogas sólo cuando éste se producía en la adolescencia, mientras que, en el caso de las chicas, la separación de los padres no parecía tener un efecto directo en el consumo de sustancias incluso cuando se controlaron variables mediadoras como el ambiente familiar, las influencias del grupo de iguales y el ajuste personal. Por el contrario, cuando el padre que tenía la custodia volvía a casarse, lo que implicaba un nuevo cambio estructural en la familia, el nuevo matrimonio era predictor del incremento del consumo de drogas en las chicas pero no en los hijos varones.

Estos datos también son confirmados en el caso de familias españolas donde, tal y como señala Comas (1990), existe un mayor proporción de consumidores de alcohol en jóvenes pertenecientes a familias monoparentales y dentro de éstas las encabezadas por las madres (Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales, Ministerio del Interior, 1994). De la misma forma, otros autores han subrayado la importancia de la estabilidad familiar en los patrones de vida de los hijos, al comprobar que existe un mayor porcentaje de casados entre los padres de los no consumidores y un mayor porcentaje de separados entre los de los consumidores (Polaino, 1991; Ruiz et al., 1994).

En conjunto, los resultados obtenidos por estos estudios en este área subrayan el hecho de que las alteraciones que se producen en el seno de la estructura familiar no constituyen un hecho discreto sino más bien un proceso continuo que exige cambios sustanciales en todos los miembros implicados.

Cuando esto ocurre en la vida de un joven adolescente, puede convertirse en un claro factor de riesgo para el abuso de drogas.

En segundo lugar, también se han estudiado las posibles influencias de otros aspectos relacionados con la composición familiar como el tamaño de la familia (Binion, 1979), el orden de nacimiento de los hijos (Rathus, Richner-Rathus y Siegel, 1977) y el número de hermanos dentro de la familia. En este sentido, no existe demasiado acuerdo entre los estudios realizados por distintos grupos de investigación. En general, se admite la idea de que dentro del análisis de las relaciones significativas existentes entre las variables asociadas al ambiente familiar y las variables vinculadas al consumo de tabaco y alcohol por parte de los hijos, tanto el número de hermanos como el lugar que ocupa el adolescente entre ellos tienen menos influencia de la esperada en relación con el uso de sustancias.

Para evidenciar la controversia existente sobre aspectos más concretos como el peso y la influencia diferencial de cada una de ellas, es necesario señalar las conclusiones más importantes a la que han llegado diversos estudios españoles.

Así, Alonso y Del Barrio (1994), afirmaron que era posible pensar que tener hermanos (especialmente mayores) ejercía algún efecto de protección respecto al consumo de tabaco y, sobre todo, de alcohol, ya que los sujetos que los tenían probaban estas sustancias más tarde que los hijos únicos, consumían menos vino y pensaban en mayor proporción que sus amigos rechazaban también el consumo de bebidas alcohólicas. Los autores defienden que este hecho podía deberse a que los chicos con hermanos tienen una vida familiar más rica que modula sus relaciones con el exterior, reduciendo posiblemente la influencia de los amigos hacia el consumo.

Por su parte, Comas (1990), expuso que la presencia de hermanos mayores era un riesgo claro para el consumo de drogas y el carácter y dirección de su influencia era distinta dependiendo del sexo de éstos. Así, en el caso de hermanos mayores, existía mayor riesgo respecto al alcohol, al tabaco y a las drogas ilegales y, si se trataba de hermanas mayores, el mayor riesgo estaba en el consumo de tabaco y analgésicos. En contraposición, el hecho de ser el

hermano mayor reducía el riesgo de consumo para todas las sustancias de consumo (Brook, Whiteman, Gordon y Brook (1988).

En conclusión, no parece que éste sea un factor determinante en cuanto al riesgo de consumir drogas por parte de los adolescentes ya que, en la mayor parte de los casos, no tiene un peso consistente a no ser que se asocien varios aspectos que impliquen cambios importantes en la estructura o composición familiar o que éstos se den en momentos evolutivos de mayor riesgo. Son muchos los autores que opinan que hay otros factores como, por ejemplo, el conflicto entre los miembros de la familia (Farrington et al., 1990; McCord, 1979; Rutter y Giller, 1983), el estilo de relación entre padres e hijo (Gorsuch y Butler, 1976) o el apego hacia los padres (Glynn, 1984; Long y Scherl, 1984), que son mucho más relevantes en la predicción de la delincuencia y el consumo de drogas que el hecho de la estructura familiar por sí misma.

b) Estatus socioeconómico familiar

El nivel socioeconómico familiar también ha sido estudiado como posible factor de riesgo para el consumo de drogas adolescente. En este caso, son dos las variables más extensamente investigadas: el nivel de preparación académica y la profesión de ambos padres.

- Nivel académico paterno. Los resultados de los estudios son bastante contradictorios. Por una parte, algunos autores (Mendoza et al., 1992; Ruiz et al., 1994) han encontrado que, por lo general, los padres de hijos no consumidores tienen un nivel de educación más elevado que los de los hijos consumidores. Bachman et al., (1981), hallaron una correlación positiva entre la educación parental y el uso de marihuana en muestras de estudiantes de Bachillerato. En sentido opuesto, en 1988 la encuesta realizada por la *National Household* sobre abuso de drogas reveló un aumento significativo de las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para el uso de marihuana en aquellos sujetos con padres con educación universitaria en comparación con aquellos que habían tenido un grado de escolarización menor que el Bachillerato (Adams, Blanken, Ferguson y Kopstein, 1990). Estos datos se han visto confirmados por estudios españoles en los que se ha comprobado que el mayor consumo de alcohol se asociaba repetidamente con aquellos jóvenes cuyos padres tenían cumplimentados el Bachillerato o estudios universitarios
-

de Escuela Técnica (Comas, 1990; Recio et al., 1992).

- Ocupación profesional paterna. Con respecto a este otro indicador del estatus socioeconómico, Zucker y Harford (1983) encontraron que el prestigio ocupacional y la educación de los padres sí correlacionaba de forma positiva con el consumo de alcohol de sus hijos adolescentes. Murray, Richards, Luepker y Johnson (1987), confirmaron esta influencia positiva al encontrar que la ocupación de las madres correlacionaba con el uso mensual de alcohol, el uso abusivo del mismo y con el uso de marihuana de sus hijos, estudiantes de Enseñanza Secundaria.

Atendiendo a los datos ofrecidos por los escasos estudios españoles que han atendido a estas variables, Mendoza, Sagrera y Batista (1992), señalaron que sólo existía una relación significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el consumo de drogas de sus hijos en el caso de los escolares de 11 años, en el que a mayor nivel, se daba un mayor número de abstemios, pero advirtieron que estas diferencias desaparecían a la edad de 13 años. En cuanto al estatus profesional, mostraron que el uso habitual de sustancias era más frecuente en los hijos varones de trabajadores no cualificados (ej., obreros) que entre los hijos de técnicos superiores del mismo sexo.

Por su parte, autores como Comas (1990) y Recio et al., (1992), encontraron que eran las profesiones liberales, los empresarios y los empleados de nivel superior las ocupaciones que más se asociaban con el consumo de drogas en los hijos, pero también señalaron que, a pesar de e/lo, se daban otro tipo de factores ajenos al estatus socioeconómico o relacionados con él que tenían un impacto superior y un mayor poder predictor.

Ruiz, Lozano y Polaino (1994) encontraron diferencias significativas entre los grupos de adolescentes estudiados en cuanto a la presencia y a la estabilidad del trabajo de los padres. Así, señalaron que los padres de los jóvenes consumidores de drogas tenían mayor índice de paro y trabajo eventual, mientras que los de los chicos no consumidores presentaban un alto porcentaje de trabajo estable, con cierta posición y prestigio y bien remunerado.

Como se puede apreciar, los resultados de estos análisis no llegan a conclusiones homogéneas ni especialmente claras sobre el peso específico de estos factores. A este respecto, varios autores han señalado que la relación entre el consumo de sustancias en los adolescentes y su nivel socioeconómico depende de una serie de variables que pueden mediar en la dirección de los datos y que explicarían gran parte de las contradicciones expuestas, como son, la población y el tiempo considerados (Jessor y Jessor, 1977; Kandel et al, 1978), el tamaño y composición de la familia (Kamali y Steer, 1976) y la sociabilidad de la misma (Mercer, Hundleby y Carpenter, 1978).

c) Disciplina familiar

Otro de los factores de carácter familiar que ha sido ampliamente estudiado son los distintos tipos de modelos educativos parentales, en relación tanto con el inicio y refuerzo del consumo de sustancias como con el mantenimiento del mismo. En este sentido, se han analizado diversas variables como la implicación y el seguimiento diferencial de ambos padres en la conducta de los hijos (Hawkins, Lishner, Catalano y Howard, 1985) y los problemas de disciplina que manifiestan en relación tanto con el tipo como con la forma en la que ésta es implementada (Jurich, Polson, Jurich y Bates, 1985).

En primer lugar, la variable control o seguimiento paterno (implicación de los padres en la vida de los hijos, supervisión de actividades, firmeza a la hora de establecer límites) ha sido frecuentemente asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia.

En general, se ha puesto de manifiesto que los padres de los jóvenes consumidores no suelen utilizar los principios de reforzamiento de forma contingente con las conductas de sus hijos, exhibiendo unas pautas de manejo familiar pobres e inconsistentes (Reilly, 1979). En este sentido, Kandel y Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal en las actividades con los niños, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental (Baumrind, 1983; Penning y Barnes, 1982) y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas.

La mayor parte de los estudios realizados con familias con un miembro adicto han llegado a conclusiones muy parecidas al observar que, en la mayor

parte de los casos estudiados, se daban patrones disciplinarios negligentes que se asociaban, normalmente, con niveles más altos de consumo de los hijos adolescentes (Baumrind, 1983; Hunt, 1974; Jessor y Jessor, 1977; Penning y Barnes, 1982). En esta misma línea pero de forma más específica, otros autores afirmaron que los determinantes familiares de riesgo incluían un patrón caracterizado por la implicación excesiva de uno de los padres con el hijo y el alejamiento, la permisividad, la indiferencia e incluso el rechazo por parte del otro (Stanton, 1979; Stanton y Tood, 1979, 1982; Ziegler-Driscoll, 1979).

En un análisis más detallado, otro de los aspectos analizados han sido las diferencias entre los efectos comparados de las técnicas disciplinarias de las madres y de los padres. Brook et al. (1990) encontraron que las técnicas de control maternas eran más importantes a la hora de explicar el uso de sustancias (especialmente en el caso de la marihuana) por parte del adolescente. De forma específica, las normas de control de las madres que incluían el establecimiento de normas claras para la conducta responsable daban lugar a un consumo menor y, contrariamente, aquellos casos en los que las madres utilizaban la culpa como medio de control correlacionaban con un consumo mayor.

Schedler y Block (1990) encontraron que la calidad de las interacciones de las madres con sus hijos de 5 años podía incluso llegar a distinguir a los chicos que iban a ser consumidores frecuentes de marihuana a los 18 años de aquéllos que solamente experimentarían en alguna ocasión con esta sustancia. Así, las madres de los chicos que se convirtieron en consumidores frecuentes eran relativamente frías, muy poco responsables y poco protectoras de sus hijos ofreciéndoles muy poco apoyo, pero presionándoles firmemente a que realizaran las tareas propuestas. De la misma forma, al comparar los roles ejercidos por ambos padres, los autores advirtieron que, de forma consistente, aparecía un patrón caracterizado por una madre sobre protectora, indulgente y manipuladora mientras que el padre ocupaba un rol más subordinado, con conductas débiles e ineficaces y poca implicación en los problemas del joven (Blechman, 1982; Eldred y Washington, 1976; Kaufman, 1981; Kaufman y Kaufman, 1979; Salmon y Salmon, 1977; Schneider, Kojak y Ressdorf, 1977; Schwartzman, 1975).

En segundo lugar, en cuanto al estudio de la influencia diferencial de los distintos tipos de disciplina parental en el consumo de drogas por parte de sus hijos, es necesario destacar los resultados obtenidos por Baumrind (1983),

después de realizar una serie de tres estudios de carácter longitudinal prospectivo con un seguimiento preciso de niños desde la edad preescolar (4 años) hasta la adolescencia y de sus padres respectivos.

Con respecto a los estilos educativos observados en los padres, la autora postuló la existencia de tres tipologías distintas: (a) padres con autoridad (cálidos, racionales y receptivos a la comunicación con sus hijos que ejercían un control específico de sus conductas, reforzaban positivamente su autonomía y les efectuaban demandas concretas); (b) padres autoritarios (imparciales respecto a las normas de conducta de sus hijos, controladores y menos cálidos) y, (e) padres permisivos (no ejercían control sobre la conducta de sus hijos ni efectuaban demanda alguna).

Las conclusiones finales subrayaron la importancia de determinados patrones parentales antecedentes que podían predecir el inicio del consumo de drogas de sus hijos. En este sentido, el estilo educativo familiar que mayores efectos positivos tendría sobre la prevención de problemas relacionados con las drogas sería el estilo de carácter democrático (Braucht, Gollíngstad, Brakarsh y Berry, 1973), mientras que el estilo autoritario (Baumrind, 1975; Norem-Hebeisen, Johnson, Anderson y Johnson, 1984) y el permisivo, estarían asociados con el mayor uso de sustancias por parte de los adolescentes.

En resumen, el riesgo de abuso de drogas parece incrementarse cuando se dan prácticas de manejo familiares caracterizadas por la existencia de expectativas poco claras para la conducta de sus componentes, un pobre seguimiento de su conducta, estilos educativos excesivamente autoritarios o permisivos, pocas e inconsistentes recompensas por la emisión de conductas positivas y excesiva severidad y castigos inconsistentes con respecto a las conductas no perseguidas.

d) Relaciones afectivas y comunicación

El autoconcepto es esencial para el desarrollo de una personalidad integrada, para tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son (Craig, 1996): las percepciones de otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, percepción de la salud y sentido del vigor; los

valores sociales, expectativas y nociones de lo ideal y las experiencias del yo en el mundo.

Son muchas las variables estudiadas con respecto a las características específicas de las relaciones familiares que pueden influir de forma determinante en el consumo de drogas por parte de los miembros más jóvenes. Con el objetivo de exponer con mayor claridad las conclusiones más relevantes en esta área, expondré las más importantes, según han sido categorizadas por los distintos grupos de investigadores, como son el afecto y el vínculo afectivo paterno filial, la cohesión familiar, la comunicación padres-hijos y el conflicto familiar.

- Relaciones padres - hijos

Se parte de la premisa de que tanto el ambiente familiar como las relaciones afectivas que se establecen entre sus miembros son factores de especial relevancia a la hora de predecir el consumo de drogas. Así, la mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión (Brook et al., 1980; Kandel et al., 1978) y por la sobreimplicación maternal en las actividades con los hijos (Braucht, Kirby y Berry, 1978; Penning y Barnes, 1982) parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo (implicación y unión) correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud se inicie en el consumo de sustancias (Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1986; Gorsuch y Butler, 1976; Jessor y Jessor, 1977; Kim, 1979; Norem-Hebeisen et al., 1984; Selnow, 1987).

La vinculación entre padres e hijos se ha investigado por medio de variables como el apoyo materno, el afecto, la conformidad y la identificación del niño con el padre.

De forma genérica, como ya señalaron Brook et al. (1989), la vinculación o intimidad funciona como un potente disuasor del uso de drogas por varias razones:

- i) fortalece el desarrollo de cogniciones sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas y, por consiguiente, potencia el desarrollo de actitudes desfavorables en función del efecto perjudicial de las mismas;
-

- ii) se asocia con la adquisición de un sentido de seguridad interior que hace que el uso de drogas no sea necesario;
- iii) conduce a una mayor identificación con los padres y a una interiorización de los valores tradicionales y,
- iv) incrementa el sentido de ejecución en el medio ambiente del joven, reduciendo el riesgo del uso de drogas.

Centrándonos en los estudios que avalan la relación entre la unión con los padres y el uso de drogas adolescente, el pionero fue Hirschi (1969), con sus trabajos realizados con delincuentes, que concluyó que esta variable inhibía significativamente la delincuencia en los hijos incluso al margen de la conducta parental. A conclusiones muy parecidas llegaron estudios posteriores que señalaron que la unión con los padres no consumidores de sustancias constituye una barrera estadísticamente significativa en el uso de drogas de los hijos (Jensen y Brownfield, 1983). En todo caso, la solidez de la unión entre ambos parece tipificar con exactitud a los adolescentes abstinentes, principalmente, la unión afectuosa con el padre, ya que aquellos padres que desarrollan y mantienen relaciones afectuosas con los hijos, comparados con aquellos que no lo hacen, experimentan mayor éxito a la hora de inhibir en sus hijos la involucración con las drogas (Coombs y Landsverk, 1988).

En esta misma línea, están los estudios de Dembo et al. (1987) que corroboraron este hecho pero matizaron que la magnitud de la unión con los padres tenía que ver con la magnitud del consumo parental.

En este mismo sentido, Tec (1974), señaló con anterioridad que el consumo parental de droga en una estructura familiar gratificante apenas favorecía la ingestión de drogas por parte de los hijos (marihuana), mientras que en un contexto no gratificante, el uso de las mismas estaba claramente asociado al de los padres. Recíprocamente, Norem-Hebeisen et al. (1984), encontraron que los vínculos entre los adolescentes y sus padres estaban relacionados o mediatizados por las pautas de ingestión de tóxicos, de tal forma que los jóvenes consumidores solían percibir en sus padres mayor hostilidad, rechazo y negligencia que aquellos que no tomaban drogas.

El peso determinante de esta variable también se ha visto confirmado en estudios en los que se ha tomado en consideración el consumo de diferentes tipos de drogas. Tal es el caso del estudio realizado por Kandel y Andrews (1987), centrado en el uso del alcohol y la marihuana, que confirmó el hecho de que el vínculo paterno filial tenía efectos significativos, tanto directos como indirectos (a través de parámetros ligados con los amigos, especialmente en la elección de iguales no consumidores), sobre la frecuencia de uso de ambas sustancias (Grichting y Barber, 1989; Otero et al., 1989).

En el caso de población española, y centrados en el consumo de alcohol, destacan dos estudios recientes.

En el primero (Recio et al., 1992), los autores señalaron la importancia de este tipo de relaciones para la prevención del consumo adolescente ya que se daba una mayor proporción de escolares consumidores de alcohol cuando éstos tomaban decisiones de forma independiente de sus padres, cuando había una mayor implicación de la madre en la toma de decisiones y cuando los jóvenes no respetaban la oposición de sus padres a determinadas amistades.

En el segundo estudio (Pons et al., 1996), se confirmaron los resultados al observar que el consumo abusivo de alcohol por parte de los adolescentes podía predecirse por la combinación de factores como el consumo habitual de sustancias en la familia, el mantenimiento de actitudes permisivas con respecto al mismo y la existencia de unas relaciones afectivas pobres, deterioradas o inexistentes que provocaban en los hijos la percepción de incomprensión e insatisfacción dentro del sistema familiar y de dificultades en la relación afectiva con los progenitores, variables éstas estrechamente relacionadas con el consumo posterior.

- Comunicación familiar

La comunicación padres-hijos ha sido otro de los aspectos relevantes dentro de las relaciones que se establecen en el seno familiar. En el período de crisis y de cambio tan importante como es la adolescencia, la comunicación familiar representa un factor que influye de forma decisiva en la atmósfera familiar y en la conducta de sus miembros. En este sentido, se han observado estrechas

relaciones entre la comunicación padre-adolescente y variables como: la autoestima, el ajuste escolar y el logro académico (Noller y Callan, 1991). De forma genérica, otros estudios han señalado los efectos negativos que trae consigo una comunicación intrafamiliar disfuncional y los efectos facilitadores que resultan de un crecimiento positivo de la comunicación tanto en la autoestima del joven como en el bienestar familiar global (Bachman, 1970).

Con respecto al uso de sustancias, esta variable toma especial relevancia, ya que los estudios muestran que, en familias donde el hijo consume drogas, la comunicación con sus padres suele ser defectuosa (Brook, Whiteman y Gordon, 1983), y son más probables las percepciones interpersonales erróneas entre los miembros de la familia (Gantman, 1978).

Los estudios más recientes realizados en España, confirman la importancia de la comunicación paterno filial pero, con referencia al problema concreto de las drogas, sostienen que a pesar de que la relación con los padres es importante en la vida del joven, la que se establece con los amigos lo es más aún (Comas, 1990).

En la misma línea, otros resultados como los obtenidos por Mendoza (1992) en referencia al peso específico de esta variable en el consumo de alcohol señalan la posibilidad de que este tipo de relación no sea un factor realmente discriminante en el consumo de esta sustancia.

- Cohesión familiar

La cohesión familiar es otro de los aspectos que se han estudiado dentro de la dinámica familiar. En la mayor parte de los estudios se postula que, en el caso del uso/abuso de drogas por parte de los adolescentes, este factor mantiene una correlación negativa con el consumo de tóxicos (Boog y Hughes, 1973), de tal forma que, la probabilidad de que los jóvenes manifiesten dicho comportamiento disminuye a medida que aumenta su participación en las decisiones familiares (Spevack y Pihi, 1976) y, por el contrario, se incrementa conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia (Napier, Bachtel y Carter, 1983).

Los datos señalados se han confirmado en estudios españoles, como es el caso del realizado por Alonso y Del Barrio (1994), en el que encontraron que la cohesión familiar podría configurarse como un potente factor de protección respecto al consumo de drogas legales. Así, era menos probable que los hijos de familias altamente cohesionadas recibieran ofertas de tabaco y alcohol, probaran o consumieran estas sustancias y se embriagaraan o tuvieran intención de fumar o beber en un futuro. Además, los jóvenes con altas puntuaciones en cohesión familiar tenían más conocimientos sobre los efectos de estas drogas y percibían en mayor medida que las personas que les rodeaban rechazaban firmemente tal consumo.

Más importantes fueron los resultados obtenidos por estos autores al poner en relación este factor y el consumo de drogas paterno, mostrando que en el grupo de adolescentes con alta cohesión familiar se mantenían más las relaciones entre el uso de sustancias por parte de los padres y las variables asociadas al consumo de tabaco o alcohol de los hijos.

La cohesión familiar no sólo no eliminaba la influencia negativa del consumo paterno, sino que la hacía más intensa. En opinión de los autores, estos datos parecen lógicos si se considera que el efecto modelador de los padres sobre la conducta de los hijos será siempre mayor y más evidente en aquellas familias altamente cohesionadas que en familias disgregadas y con escaso contacto entre sus miembros.

- Conflicto familiar

Son muchos los estudios que otorgan un peso determinante a este factor en la etiología del uso de drogas adolescente. La crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de conductas delictivas como para el consumo de sustancias (Robins, 1980; Wallerstein y Kelly, 1980; Penning y Barnes, 1982; Baumrind, 1983). En este mismo sentido, autores como Brook, Whiteman y Gordon (1983) señalaron que la discordia y el conflicto parental tenían consecuencias especialmente negativas en cuanto a la socialización del hijo, al impulsar a éste a buscar modelos extrafamiliares que podrían estar cercanos al consumo y a la emisión de conductas antisociales.

La influencia específica de esta variable en el consumo de sustancias en los jóvenes se ha visto confirmada tanto para el caso de drogas legales como ilegales (Otero et al., 1989). Así, en una revisión sobre los problemas de bebida entre estudiantes, Berkowitz y Perkins (1986), señalaron que, variables como las disputas matrimoniales, la inestabilidad económica y afectiva y/o la violencia intrapersonal entre los miembros de la familia propiciaban el desarrollo de identidades inseguras y emocionalmente inestables en los miembros más jóvenes, que serían determinantes para el inicio y mantenimiento de un patrón de bebida problemática. Por su parte, y con respecto al uso de heroína y otras drogas ilegales, Simcha-Fagan, Gersten y Langner (1986), confirmaron que la mayor tasa de consumo de estas sustancias se daba en adolescentes que provenían de hogares rotos por discordia marital o de hogares estables pero en los que el conflicto parental era constante.

e) Actitudes y conductas familiares hacia el consumo

El modelado familiar de conductas de uso de drogas y las actitudes parentales hacia el consumo por parte de sus hijos son también influencias familiares determinantes relacionadas específicamente con el abuso de sustancias. Como postula la teoría del aprendizaje social, el consumo de los padres proporciona modelos de conducta que los hijos podrían imitar, facilitándoles el desarrollo de actitudes a favor de las mismas.

En primer lugar, y con referencia a la primera variable, el uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación en el consumo de tóxicos por parte de los adolescentes (Johnson, Schoutz y Locke, 1984; Kandel, Kessler y Margulies, 1978; McDermott, 1984) y con la frecuencia de uso de los mismos (Brook et al., 1990). En este caso, esta correlación positiva se ha comprobado para la mayor parte de las drogas tanto legales como ilegales. En el caso del alcohol, son muchos los estudios que defienden que el alcoholismo parental y de hermanos (Cotton, 1979; Cloninger, Bohman, Sigvardsson y van Knorring, 1988; Goodwin, 1985) y el uso de drogas por parte de los mismos (Johnson, Schoutz y Locke, 1984) incrementa el riesgo de alcoholismo y abuso de drogas en los niños más pequeños (Zucker, 1979; Rachal et al., 1982).

Más recientemente y con población española, Alonso y Del Barrio (1994), confirmaron que el consumo paterno de tabaco y, en especial, de alcohol tenía una notable influencia sobre las variables asociadas al consumo de drogas legales por parte de sus hijos.

Los autores comprobaron que los hijos de fumadores y bebedores habían probado el tabaco y el alcohol mucho antes y pensaban fumar y beber en un futuro en mayor proporción que los hijos de los no consumidores de ambas sustancias (Auba y Villalbí, 1993a; Campins et al, 1996; Fournet et al., 1990; Oei, Fae y Silva, 1990).

Se han encontrado resultados similares para el uso de otras sustancias como es el caso del estudio realizado por Johnson et al. (1984), en el que observaron que el uso parental de marihuana estaba asociado con el uso de otras drogas ilegales por parte de los adolescentes, como la cocaína y los barbitúricos.

Algunos autores han subrayado que esta correlación entre el consumo de drogas legales por parte de los padres y el consumo de sustancias por parte de los hijos no sólo afectaba al uso de estas mismas sustancias por parte de éstos, sino también al abuso indiscriminado de tóxicos. En este sentido, una revisión realizada por Stanton (1979) puso de manifiesto que: (a) los padres de un número elevado de adictos a la heroína presentaban también problemas de alcohol; (b) frecuentemente, los consumidores de marihuana tenían madres que tomaban cotidianamente tranquilizantes y padres que fumaban tabaco y bebían regularmente alcohol y, (e) los padres que consumían marihuana mostraban también niveles elevados de consumo de tranquilizantes, barbitúricos y estimulantes (Recio et al., 1992). Por su parte, Otero, Mirón y Luengo (1989) advirtieron igualmente una correlación alta entre el consumo paterno y el de los jóvenes, explicada, quizás, según señalaron los propios autores, por el hecho de que el consumo parental de tóxicos podría favorecer la interiorización, por parte del joven, de la legitimidad del uso de drogas en la vida cotidiana.

Atendiendo no sólo al consumo de sustancias sino también al estudio de los efectos del modelado parental en las expectativas que tenían sus hijos sobre el propio uso de las drogas, Ahmed, Bush, Davidson y Lannotti (1984), realizaron una compleja investigación longitudinal con 420 niños desde el jardín de infancia hasta los seis años, y encontraron que las variables que mejor predecían tanto las

expectativas de uso como el uso actual de alcohol por parte de los niños eran el número de consumidores de una sustancia que había en la familia y el grado de implicación de éstos en la conducta de consumo parental de la misma. Además, estos factores presentaban entidad suficiente como para explicar también el consumo de otras sustancias como el tabaco y la marihuana.

Específicamente, la importancia del número de consumidores en la familia parecía variar en función de la droga consumida. A este respecto, se encontró que, a medida que aumentaba el número de miembros de la familia que usaban el alcohol o la marihuana, también lo hacía la probabilidad de que el niño tuviese expectativas reales de uso de estas sustancias. Por el contrario, en el caso del consumo de tabaco, el hecho de tener en casa un miembro que fumaba casi doblaba la probabilidad de que el chico fumara o esperara fumar, pero el haber más fumadores adicionales en la casa no parecía incrementar de forma añadida esta probabilidad.

A pesar de la confirmación reiterada de estos datos, otros investigadores han señalado matices interesantes de la influencia de la conducta de los padres en la de sus hijos. En este caso, cabe destacar el estudio de Hansen et al. (1987) al indicar la existencia de efectos indirectos pero no directos del modelado parental del uso de drogas en niños y del uso posterior de las mismas en la adolescencia. Así pues, se encontró que el modelado paterno estaba directamente relacionado con el uso de drogas de los amigos que, a su vez, se relacionaba con el consumo de drogas del propio joven. Este hallazgo fue corroborado por Brook et al. (1990) quienes combinaron estudios longitudinales con estudios transversales, revelando que el no consumo de drogas y la estabilidad emocional de los padres incrementaban el efecto sobre el no consumo de drogas en los amigos y que esto favorecía un menor uso por parte de los hijos más jóvenes. Además de todo ello, se han estudiado las posibles diferencias existentes con respecto al sexo de los padres, aunque la evidencia al respecto es mucho menor. En este sentido, sí parece que la influencia más determinante es la que ejerce la figura materna (Miller y Rittenhouse, 1980. sobre todo si ésta bebe alcohol (Otero et al., 1989) o es inestable psicológica y emocionalmente (Brook et al., 1990).

Finalmente, es necesario señalar que también se ha observado un papel determinante de los hermanos mayores en el uso de drogas de los menores. Autores como Brook, Whiteman, Gordon y Brook (1988). encontraron que los

primeros solían defender el consumo de sustancias, y el modelado ejercido por éstos estaba asociado con el consumo de drogas de los más jóvenes (Pons et al., 1996). También observaron una pauta de interacción más positiva en la que algunos de los efectos negativos del uso de drogas de los padres quedaban neutralizados por el no consumo de los hermanos mayores. En todo caso, observaron que el modelado del consumo por parte de los hermanos mayores y de los compañeros se asociaba con el uso de drogas de los hermanos más jóvenes, con mayor fuerza que el modelado paterno del consumo.

En segundo lugar, atendiendo al factor más actitudinal del modelado parental, es importante señalar que si bien el uso de drogas por parte de los padres está relacionado con el uso de drogas de los adolescentes, las actitudes permisivas de éstos con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igualo mayor importancia que el uso parental real (Hansen et al., 1987; McDermott, 1984; Pons et al., 1996),

Así, se ha señalado repetidamente que la tolerancia parental del uso de drogas predecía de forma significativa tanto el uso de drogas por parte de los adolescentes (Brook et al., 1986) como la cantidad de sustancia consumida (Barnes y Welte, 1986). En estudios más amplios esta potente relación ha sido confirmada para distintas poblaciones de jóvenes negros, hispanos, africano-americanos, americanos nativos y americanos asiáticos (Jessor et al., 1980).

f) Conclusiones sobre los factores de riesgo y protección familiar

Hawkins et al. (1992) resumen este apartado indicando que el riesgo de abuso de drogas se incrementa cuando las prácticas de manejo de la familia se caracterizan por expectativas para la conducta poco claras, escaso control y seguimiento de sus conductas, pocas e inconsistentes refuerzos para la conducta positiva y castigos excesivamente severos e inconsistentes para la conducta no deseada.

Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto o una ruptura familiar, se incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas.

Tabla 4.5. Factores de riesgo familiar de consumo de drogas por autores.

AUTOR	FACTORES
Hawkins et al. (1992)	<p>Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pobres e inconsistentes prácticas de manejo familiar – Conflicto familiar – Bajo apego a la familia
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> – Historia familiar de alcoholismo. <p>Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Problemas de manejo de la familia. <p>Estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso. <p>En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.</p>
Moncada (1997)	<p>Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno (relacionadas con la familia):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Historia familiar de alcoholismo – Pautas educativas – Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres – Conflictos familiares
Muñoz-Rivas et al. (2000)	<p>Factores de socialización (factores familiares):</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Estructura y composición familiar – Estatus socioeconómico familiar – Disciplina familiar – Relaciones afectivas y comunicación – Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas
Pollard et al. (1997)	<p>Factores de riesgo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pobre supervisión familiar – Pobre disciplina familiar – Conflicto familiar – Historia familiar de conducta antisocial – Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial – Actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas <p>Factores de protección familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apego familiar – Oportunidades para la implicación en la familia – Refuerzos por la implicación en la familia

El cuarto factor de riesgo familiar que se considera en el trabajo de Hawkins et al. (1992) es el bajo apego a la familia. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, y la madre no se implica en actividades con ellos, se incrementa el riesgo del uso de drogas. Por el contrario, cuando las relaciones familiares son positivas, con implicación y apego, resultan ser un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar ya vistos (p.ej., el conflicto familiar). Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la familia han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia o, simplemente, a no buscarla.

Otro factor, que no se considera directamente relacionado con la familia, pero sí influido por ella, son los tempranos y persistentes problemas de conducta. Una adecuada detección, seguimiento y tratamiento por parte de los padres puede facilitar su control. En caso contrario, si estos comportamientos se mantienen (p. ej., hiperactividad, irritabilidad, conducta agresiva, etc.), facilitan posteriormente el uso de drogas. Dado el papel que tiene la familia en el proceso de socialización, en la práctica tiene una relevancia esencial de modo directo en los factores ya analizados, como de modo indirecto dentro de ella ese problema (p.ej., de conducta) o las interacciones de sus hijos con otros compañeros y amigos, etc. Petterson et al. (1992) consideran que hay tres factores de riesgo familiar fundamentales: una historia familiar de alcoholismo, problemas en el manejo de la familia y uso de drogas y actitudes positivas hacia el uso de drogas por parte de los padres.

Respecto a la historia familiar de alcoholismo, si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.

Las estrategias de manejo de las familias inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente, incrementan el riesgo de consumir drogas.

Finalmente, el uso de drogas por parte de los padres y las actitudes positivas hacia su uso son otro factor de riesgo. En las familias en las que los padres

utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes con el consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los hijos abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Pollard et al. (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individuales.

Dentro del dominio familiar, los factores de riesgo son la baja o pobre supervisión familiar, la escasa o baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección en este ámbito indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Como factores de protección se encuentran la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Como vemos, existe un amplio conjunto de factores de riesgo, mayor que los de protección.

A nivel familiar los factores que evalúa el cuestionario de Pollard et al. (1997) son los que aparecen consistentemente como más importantes en la literatura científica, incluyendo en su propio estudio. Sus resultados muestran la complejidad con la que nos encontramos para explicar el consumo de drogas, de tal manera que si hay varios factores de riesgo y ninguno de protección la probabilidad de consumo de drogas se incrementa claramente, mientras que si están presentes varios factores de riesgo y, al tiempo, varios de protección, la relación es más compleja, y el consumo de drogas va a depender de la relevancia de los distintos factores de riesgo y de protección considerados separadamente.

Aunque en teoría todos los factores de riesgo y protección tienen el mismo peso, en la práctica se hace evidente que unos son más relevantes que otros (p.ej., compárese el conflicto familiar, como factor de riesgo, respecto a los refuerzos por la implicación en la familia como factor de protección). Además, unos factores interactúan con otros o unos priorizan a otros (p.ej. un sutil control familiar incide sobre qué amigos tiene o puede tener, salidas, etc., lo que hace que ese control facilite la potenciación de otros factores de protección).

Moncada (1997) clasifica los factores de riesgo y de protección en dos grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno. Dentro de éstos considera los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona. Dentro de los factores de tipo familiar considera cuatro: la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, y los conflictos familiares. La historia familiar de alcoholismo es una de las que consistentemente se encuentra en los distintos estudios. Las pautas educativas, expuestas por Baumrind (1983) y otros autores, son de gran relevancia para el consumo o no de drogas en la vida posterior del adolescente. Las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres hacen referencia al consumo de drogas, especialmente delante de sus hijos, la tolerancia que muestran, etc. Los conflictos familiares, especialmente cuando están presentes o hay bajos lazos de unión entre los padres o entre los padres y los hijos son factores de riesgo claros para el uso de drogas. No nos detendremos en estos factores por haberse expuesto ya con más amplitud.

Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, consideran cinco factores familiares: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas. Este es el esquema que estamos siguiendo aquí por su concreción.

En cuanto a la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando el joven vive solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos sean consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y, sobre todo, si éste coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas pero no por parte de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

Respecto a la composición familiar, como el tamaño de la familia, el orden de nacimiento de los hijos y el número de hermanos dentro de la familia, Muñoz-Rivas et al. (2000) concluyen que tener hermanos, especialmente hermanos mayores, ejerce cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Aún así, parece que serían otras variables (p.ej., conflicto familiar, apego) más relevantes para explicar el consumo que el número de hermanos y el orden que se tiene dentro de ellos.

En cuanto al estatus socioeconómico familiar, se ha encontrado en muestras españolas que el mayor consumo de alcohol de los jóvenes se asocia a un mayor nivel de estudios y, probablemente, a mayor nivel socioeconómico de los padres (Recio et al., 1992). En otros estudios se ha encontrado una clara relación entre un alto nivel socioeconómico de los padres y el consumo de alcohol y de marihuana en los hijos. En el lado contrario, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de drogas (Ruiz et al., 1994). Estos datos reflejan, probablemente, el hecho de que, por una parte, la mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a las sustancias y, por otra, los problemas económicos, afectivos y de otro tipo, incrementan el consumo de sustancias, como una vía de salir o escapar de los mismos.

La disciplina familiar se asocia a los estilos educativos parentales. Se ha encontrado que la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, la ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, la inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres,

son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas. A este respecto Becoña (2001) señala la existencia de tres grandes grupos de factores al referirse a los estudios que vinculan a la familia con el desarrollo de conductas relacionadas con las drogas en los hijos; consumo de drogas y las actitudes hacia su consumo, carencia de habilidades para el “manejo familiar” (family management) que hace referencia a las distintas habilidades que tienen que desplegar los padres para el control de la conducta filial, mediante la supervisión, el establecimiento de normas y límites, la construcción de relaciones entre los miembros de la familia y la aplicación de la disciplina a través de la negociación, el refuerzo positivo y el castigo (Hawkins et al., 1992) y por último la existencia de conflictividad intrafamiliar en referencia a la presencia de peleas y disputas frecuentes en la pareja de padres (Katz y Gottman, 1993), presencia de desapego emocional entre los padres o en relación con el hijo (Shedler y Block, 1990). Estas importantes alteraciones “emocionales” intrafamiliares producen un funcionamiento familiar inadecuado (Espada y Méndez, 2001a). En el estudio de Secades y Fernández-Hermida (2001), los hijos de padres que no viven juntos tienen una mayor probabilidad de consumir drogas que los que conviven con ambos padres, aunque esta diferencia desaparece si se compara a los huérfanos (de alguno de los padres) con los que conviven con la familiar nuclear (con ambos padres). Una interpretación de este resultado es que la estructura familiar no es tan determinante como la dinámica que se genera en el caso de separación o divorcio.

En el mismo sentido, los escolares que consumen, perciben más conflicto familiar intraparental, y de ellos con la familia. Un hallazgo que no es nuevo en la literatura (Hops, Tildesley, Lichenstein, Ary y Sherman, 1990). Esta percepción del conflicto parece independiente del hecho de que la familia sea consciente del consumo del hijo, ya que los resultados se mantienen a pesar de que la familia sea ignorante del uso de drogas por su hijo.

Por otra parte, distintos estudios han encontrado que resulta de gran relevancia el papel de la madre en la crianza para explicar el consumo de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983) y que, tal como ya hemos visto previamente cuando hablamos de los tipos de crianza, el papel de la madre afecta al funcionamiento de sus hijos y a la mayor o menor probabilidad de que prueben y consuman sustancias psicoactivas.

En las relaciones afectivas y de comunicación se han analizado aspectos como el afecto y el vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial sabemos que es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. Cuando no hay una buena relación afectiva paternofilial el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es adecuada. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay también adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Los estudios realizados en España van en esta línea (Pons et al., 1996).

Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente, los problemas surgen tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como a otros problemas de conducta.

De ahí que los estudios sobre cohesión familiar vayan en la misma dirección que cuando se analiza la comunicación familiar, ya que una variable es paralela a la otra. Por ello, una buena cohesión familiar es un factor de protección para el consumo de drogas. En el otro extremo, el conflicto familiar es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como encuentran sistemáticamente los estudios sobre esta cuestión (p. ej., Berkowitz y Perkins, 1986).

Dentro de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es claro, por lo visto hasta aquí, que una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por los procesos de modelado que se dan en el aprendizaje. Así, los distintos estudios encuentran consistentemente que el consumo de drogas de los padres se asocia con el consumo de drogas de sus hijos. Esto se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, marihuana y el resto de las drogas ilegales. Por el contrario, cuando los padres no consumen, y hay una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos (Brook et al., 1990). Parece también que la influencia más importante es la que

realiza la madre respecto al padre, en cierto modo por ser ella la que lleva el mayor peso en la crianza de los hijos.

Finalmente, algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo, más que el consumo real por parte de los padres, es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en sus hijos que si sus padres realmente consumiesen. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo.

El proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado (Hops, Duncan, Duncan y Stoolmiller, 1996). En el seno de la familia la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y ejecuta a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y, posteriormente, del adolescente.

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño (Maccoby, 1992), como el primer elemento de la socialización primaria para éste. La socialización tiene su mayor peso en la infancia, cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones, la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años, el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados. Controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser de adulto.

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario,

de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Merikangas, Dierker y Fenton (1998) hablan de dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar (Tabla IV.6). Por tanto, la familia puede incrementar el riesgo del abuso de drogas tanto a través de factores específicos como a través de un amplio rango de factores no específicos que caracterizan el funcionamiento familiar.

Tabla 4.6. Factores de riesgo familiares por especificidad
(Adaptado de Merikangas, Dierker y Fenton, 1998).

FACTORES ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición a las drogas -Exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) -Actitudes de los padres ante las drogas.
FACTORES NO ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> -Conflicto familiar -Estilo educativo -Exposición a estrés -Psicopatología -Negligencia -Abuso

Por su parte, Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), atendiendo a los resultados de los estudios realizados, resumen el estado de la cuestión proponiendo el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal de los padres.
- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y

académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.

- Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los hijos.
- Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Sobre control o bajo control de los hijos. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones de valoración negativa entre padres e hijos.
- Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales.
- Desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

En resumen, las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas son: la relación afectiva y la comunicación padres-hijo, el manejo familiar (disciplina inadecuada) y el uso de drogas y las actitudes favorables a éstas por parte de los padres.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares.

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
1. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN FAMILIAR	Rathus et al., 1977 Binion 1979 Brook et al., 1988 Alonso y Del Barrio, 1994 Gorsuch y Butler, 1976 McCord, 1979 Rutter y Giller, 1983 Glynn, 1984 Long y Sherl; 1984 Farrington et al., 1990	El tener hermanos (especialmente hermanos mayores) ejerce algún efecto de protección respecto al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales. Factores como el conflicto entre los miembros de la familia, el estilo de relación entre padres e hijo y el apego hacia los padres son más relevantes a la hora de predecir el consumo de drogas adolescente que la estructura y composición familiar.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
1. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN FAMILIAR (Continuación)	Comas, 1990	El tener hermanos mayores incrementa el riesgo de consumir sustancias de forma diferencial dependiendo del sexo de éstos.
	Needle et al., 1990 Polaino, 1991 Ruiz et al., 1994	Importancia de la estabilidad familiar en los patrones de consumo de los hijos más pequeños. El divorcio de los padres es un predictor de la implicación de los hijos varones en el uso de drogas sólo cuando éste se produce en la adolescencia. Por el contrario, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad del consumo de sustancias por parte de las hijas y no por la de los hijos varones.
	Baumrind, 1983; Kellam et al., 1983; Comas, 1990; Ministerio del Interior 1994.	El pertenecer a familias monoparentales y, dentro de éstas, a las encabezadas por las madres es un predictor del consumo futuro de tóxicos por parte de los hijos.
2.-ESTATUS SOCIO- ECONÓMICO FAMILIAR	Bachman et al., 1981 Mendoza, 1989 Ruiz et al., 1994	Los padres de hijos no consumidores tienen un nivel de educación superior al de los consumidores
	Adams et al., 1990 Comas, 1990 Recio et al., 1992	El mayor consumo de alcohol, marihuana y otras drogas se da en jóvenes cuyos padres han realizado estudios de Bachillerato o poseen titulaciones de grado medio y superior.
	Zucker et al., 1983 Murray et al., 1987	El prestigio ocupacional y la educación de los padres correlaciona de forma positiva con el uso de alcohol y marihuana en los hijos.
	Comas, 1990 Recio et al., 1992	Ocupaciones de los padres como profesiones liberales, empresarios y empleados de nivel superior son las que más se asocian al consumo de drogas en los hijos.
	Mendoza et al., 1992	Relación significativa entre el estatus socioeconómico de los padres y el consumo de sustancias de los hijos pero sólo en el caso de escolares menores de 2 años. Además, el uso de drogas es más habitual en hijos varones de trabajadores no cualificados frente a aquellos hijos de técnicos superiores
	Ruiz et al., 1994	Mayor índice de paro y trabajo eventual en los padres de los jóvenes consumidores de drogas frente a un alto porcentaje de padres con trabajo estable, con posición y prestigio y bien remunerado en el grupo de los no consumidores.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
3. DISCIPLINA FAMILIAR	Hunt, 1974 Jessor y Jessor, 1977 Reilly, 1979 Penning y Barnes, 1982	Los padres de jóvenes consumidores suelen exhibir pautas de manejo familiar pobres e inconsistentes (patrones disciplinarios negligentes)
	Penning y Barnes, 1982 Baumrind, 1983 Kandel y Andrews, 1987	La ausencia o inconsistencia de disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de los hijos predicen la iniciación en el uso de drogas por parte de éstos.
	Stanton, 1979 Ziegler-Driscoll, 1979 Stanton y Tood, 1979,1982	Características familiares como la sobreimplicación de uno de los padres con el hijo y el alejamiento, la permisividad, la indiferencia y el rechazo por parte del otro se relacionan consistentemente con el incremento del riesgo.
	Brook et al., 1990	La estabilidad psicológica de las madres y el establecimiento por parte de éstas de normas claras para la conducta responsable de los hijos correlacionan con un menor consumo y pueden llegar a neutralizar la influencia del grupo de iguales
	Shedler y Brock, 1990	La calidad de las interacciones de las madres con sus hijos de 5 años (muy frías, poco protectoras y nada responsables) correlaciona con el posterior uso de marihuana por parte de éstos.
	Braucht, 1973 Baumrind, 1975 Baumrind, 1983 Norem-Hebeisen et al., 1984	El estilo educativo que mayores efectos positivos tiene sobre la prevención de los problemas relacionados con las drogas es el estilo de carácter democrático mientras que el estilo autoritario y el permisivo, están asociados con el mayor uso de drogas por parte de los adolescentes.
	Schwartzman, 1975 Eldred y Washington, 1976 Salmon y Salmon, 1977 Shneider et al., 1977 Kaufman y Kaufman, 1979 Kaufman, 1981 Blechman, 1982	El patrón de conducta parental más estrechamente relacionado con el consumo de drogas por parte de los hijos es aquel caracterizado por una madre sobreprotectora, sobreindulgente y manipuladora mientras que el padre opta por un rol más subordinado, con conductas débiles e ineficaces y poca implicación en los problemas del joven.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
4. RELACIONES AFECTIVAS Y COMUNICACIÓN	Kandel et al., 1978 Braucht et al., 1978 Brook et al., 1980 Penning y Barnes, 1982	La ausencia de conexión entre padres e hijo y la sobreimplicación maternal en las actividades familiares, se relacionan con el inicio de los jóvenes en el uso de drogas.
4. A. AFECTO/VÍNCULO AFECTIVO PATERNO FILIAL	Gorsuch y Butler, 1976 Jessor y Jessor, 1977 Kim, 1979 Jensen y Brownfield, 1983 Norem-Hebeisen et al., 1984 Brook et al., 1986 Selnow, 1987 Dembo et al., 1987 Coombs y Landsverk, 1988 Otero et al., 1989 Grichting y Barber, 1989 Brook et al., 1990	Las relaciones familiares positivas (implicación y unión) basadas en un profundo vínculo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que el joven se inicie en el consumo de drogas, constituyendo una barrera estadísticamente significativa.
	Norem-Hebeisen et al. 1984	Los jóvenes consumidores de drogas suelen percibir en sus padres mayor hostilidad y rechazo que aquellos que se mantienen abstinentes.
	Recio et al., 1992	Mayor consumo de alcohol en jóvenes cuando éstos toman decisiones de forma independiente a sus padres, no respetan su oposición a determinadas amistades y existe una mayor implicación de la madre en la toma de decisiones.
	Pons et al., 1996	El consumo abusivo de alcohol en los adolescentes puede predecirse por la combinación de factores como el uso habitual de sustancias por parte de la familia, el mantener actitudes permisivas con respecto al mismo y la existencia de unas relaciones afectivas pobres, deterioradas o inexistentes.
	Hirschi, 1969	El vínculo paterno filial inhibe de forma directa la delincuencia en los hijos.
	Tec, 1974	El consumo parental de drogas en una estructura familiar gratificante apenas favorece la ingestión de marihuana por parte de los hijos mientras que, en un contexto no gratificante, el consumo en los hijos se ve claramente asociado al de los padres.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
4.B. COMUNICACIÓN FAMILIAR	Gantman, 1978 Brook et al, 1983	En familias donde el hijo consume drogas, la comunicación entre éste y los padres suele ser defectuosa y son más probables las percepciones interpersonales erróneas entre los miembros de la familia.
	Comas, 1990 Mendoza et al., 1992	Importancia de la comunicación paterno filial pero es posible que esta variable no sea un factor realmente discriminante del uso del alcohol y otras drogas en los hijos.
4.C. COHESIÓN FAMILIAR	Boog y Hughes, 1973 Spevak y Pihl, 1976 Napier et al., 1983	Este factor mantiene una correlación negativa con el consumo de tóxicos. La probabilidad de que el adolescente manifieste este comportamiento disminuye si lo hace su participación en las decisiones familiares y se incrementa, conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia.
	Alonso y Del Barrio, 1994	La cohesión familiar es un potente factor de protección respecto al consumo por parte de los hijos de drogas legales.
4.D. CONFLICTO FAMILIAR (Continuación)	Robins, 1980 Wallerstein y Kelly, 1980 Penning y Barnes, 1982 Brook et al., 1983.	La crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo tanto para el desarrollo de conductas delictivas como para el consumo de sustancias.
	Simcha-Fagan et al., 1986 Berkowitz y Perkins, 1986 Otero et al., 1989	El consumo de drogas es mayor en adolescentes que provienen de hogares rotos por discordia marital o de hogares estables en los que el conflicto conyugal es constante.
5. ACTITUDES Y CONDUCTAS FAMILIARES HACIA EL CONSUMO DE DROGAS	Kandel et al., 1978 Zucker, 1979 Rachal et al., 1982 Johnson et al., 1984 McDermott, 1984 Cloninger et al., 1985 Goodwin, 1985 Brook et al., 1990	El alcoholismo parental y de hermanos y el uso de drogas por parte de los mismos, incrementa el riesgo de alcoholismo y de abuso de drogas en los hijos más pequeños.
	Oei et al., 1990 Fournet et al., 1990 Aubá y Villalbí, 1993 Alonso y Del Banio, 1994 Campins et al., 1996	Los hijos de fumadores y bebedores han probado el tabaco y el alcohol mucho antes y piensan fumar y beber en un futuro en mayor proporción que los hijos de los no consumidores de ambas sustancias.

Tabla 4.7. Resumen de Factores de Riesgo Familiares. (Continuación)

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
5. ACTITUDES Y CONDUCTAS FAMILIARES HACIA EL CONSUMO DE DROGAS (Continuación)	Stanton, 1979 Otero et al., 1989	El consumo de drogas legales por parte de los padres afecta tanto al consumo de estas mismas sustancias como al uso indiscriminado de tóxicos por parte de los hijos.
	Ahmed et al, 1984	El número de consumidores de alcohol, tabaco y marihuana en la familia y el grado de implicación de los hijos en la conducta de consumo parental de las mismas, son predictores tanto de las expectativas de uso como del consumo real por parte de los niños.
	Brook et al., 1988 Pons et al., 1996	La existencia de hermanos mayores puede tener tanto efectos de mayor riesgo como de protección sobre el uso de drogas por parte de los más jóvenes.
	Brook et al., 1990	La abstinencia y la estabilidad emocional de los padres incrementa los efectos del no consumo por parte del grupo de iguales, favoreciendo un menor uso por parte de sus hijos adolescentes.
	Miller y Rittenhouse, 1980 Otero et al., 1989 Brook et al., 1990	Papel más determinante de la figura materna sobre todo si ésta bebe alcohol o es inestable psicológica o emocionalmente.
	Jessor et al., 1980 McDermott, 1984 Brook et al., 1986 Barnes y Welte, 1986 Hansen et al., 1987 Pons et al., 1996	Las actitudes permisivas por parte de los padres con respecto al uso de sustancias son percibidas por parte de los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real. La tolerancia parental del uso de drogas predice tanto el uso de drogas de los adolescentes como la cantidad de sustancia consumida.

Para enmarcar mejor lo que llevamos expuesto, es importante situarlo dentro del contexto más global del resto de los factores que inciden en el consumo de drogas. En este sentido, Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000), después de su revisión exhaustiva, señalan que los distintos factores relacionados con el uso precoz y el posterior abuso de drogas tendrían que ver con: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; estar en una situación de deprivación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo; residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con

una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; pertenecer a familias donde hay un solo padre; ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, las relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (p.ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, las actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, la fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela. En suma, los factores familiares son de gran relevancia, no sólo por incidir directamente como factores de riesgo y protección, sino indirectamente sobre otros factores tanto del individuo, como del contexto, que pueden facilitar el consumo.

Un planteamiento que va más allá de los factores de riesgo y protección familiar es el de Kim y colaboradores sobre el proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, 1998). Estos autores se hacen varias preguntas que son claves en la prevención de las drogodependencias: 1) ¿por qué

unas personas se hacen dependientes y otras no?; 2) ¿qué factores explican lo anterior? 3) ¿conocemos los factores necesarios para implantar un adecuado programa de prevención de drogas? y 4) ¿tenemos programas eficaces a corto y a largo plazo?

Consideran, a pesar de su actualidad, que la aproximación de factores de riesgo no ha mostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y programas de actividades que sirvan para detener la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación del desarrollo de la conducta problema. Por el contrario, consideran que está surgiendo o se están dando los pasos para el surgimiento de un nuevo paradigma que enfatiza la necesidad de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo.

Mientras que las estrategias preventivas tradicionales lo que pretenden es conseguir “jóvenes sin problemas”, el objetivo de este nuevo paradigma es conseguir “jóvenes completamente preparados”. Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven a través de los procesos de reafirmación del joven, lo que significa promover una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Todo ello implica cambiar la perspectiva desde la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad, a otra en la que se vea a los jóvenes como una ventaja y fuente de recursos para la comunidad. El modelo de Kim et al. (1998) considera como básicos el adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, su casa y por los otros adultos en su lugar social. Como se aprecia, en este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad.

El consumo de drogas es un fenómeno muy extendido y característico de nuestra sociedad actual. Podemos decir que hay una relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas. Sabemos que el consumo de drogas varía en función de la edad. La edad de mayor riesgo para el consumo es la adolescencia, a partir de los primeros años de la misma. Dado que a esas edades el joven vive dentro de una familia, ésta tiene un importante papel que jugar a nivel preventivo y de cara a formarle como persona adulta que va a ser en el futuro.

El proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado (Hops et al., 1996). Es en el seno de la familia donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y hace a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente. Además, hoy sabemos que la familia tiene más importancia de lo que se pensaba hace años, en relación con los iguales, y en la adolescencia (Kandel, 1996). Por ello, tanto en éste como en otros aspectos, los padres juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos (Dusenbury, 2000). De ahí, el que se hayan también desarrollado programas preventivos de tipo familiar para potenciar los factores de protección familiar y reducir los de riesgo (Paglia y Room, 1999).

Los factores de riesgo y protección familiar constituyen hoy una vía de gran relevancia para conocer y abordar la problemática de las drogodependencias desde uno de sus elementos determinantes. Aunque no es el único factor, es uno de los más importantes en la adolescencia y el más determinante antes de la misma, cuando el niño depende totalmente de sus padres o de las personas que lo cuidan. De ahí que tanto el estilo de crianza, como los factores de riesgo y protección específicos que la investigación nos ha permitido conocer, son elementos de gran relevancia en este tema por su clara utilidad práctica.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino que va unido a otras conductas problema, especialmente a las conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de

problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad.

Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (p.ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; desarrollo de las capacidades de expresar sus opiniones; preservación de la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Por suerte, conforme las personas aumentan la edad, sean hombres o mujeres, se va produciendo un menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias, que se da en los adultos jóvenes. El estudio de Labouvie (1996) encuentra que este proceso se da tanto en aquellos que se casan y tienen hijos como en los que no. Algunas de las razones que pueden explicar lo anterior es que se incrementa el sentido de la responsabilidad personal, especialmente respecto a su futuro, facilitando el moderar las conductas excesivas o socialmente desaprobadas; porque el uso de sustancias impide conseguir las metas personales, ver el matrimonio y tener hijos como algo muy importante, etc., todo lo cual lleva a moderar el uso de drogas.

Newcomb y Bentler (1986, 1988a, 1988b) han encontrado que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociada con la asunción también temprana de los roles adultos (trabajo y matrimonio) y con el abandono de los roles de estudiante adolescente. Estos jóvenes suelen más tarde tener problemas con los roles adultos, por ejemplo, divorcio, inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares. El consumo de estas sustancias interfiere con el normal desarrollo físico y emocional, y conducen a la aparición de problemas en varias importante áreas de la vida.

Al tiempo, este consumo de drogas puede estar asociado tanto con el desarrollo precoz como con la disfunción psicosocial, siendo los responsables de producir los problemas anteriores. Este desarrollo precoz, con una correlativa falta de maduración y falta de habilidades, puede ser el responsable de ello. Curiosamente, en los estudios de Newcomb y Bentler, la variable más relevante,

dentro de las distintas drogas, fue el consumo de tabaco, que era la que predecía mejor la aparición de problemas posteriores, más que fumar cannabis y tomar otras drogas ilegales. También, el hecho de no tener un adecuado apoyo social y relaciones interpersonales durante la adolescencia se asociaba directamente con la disfunción psicosocial, de modo más importante que el consumo de drogas.

Otro estudio destacable es el de McGee y Newcomb (1992), en el que comprobaron la existencia de un síndrome de desviación general en los primeros años de la adolescencia, en donde el uso de drogas, junto a la conformidad social (en sentido negativo) y la situación académica (en sentido negativo), eran los factores que lo conformaban. Hacia el final de la adolescencia, el síndrome varía y pasa a estar conformado por el uso de drogas, las relaciones sexuales, la conducta delictiva y, en sentido negativo, la conformidad social y la situación académica. En la adultez temprana el síndrome está formado por las mismas variables que en la etapa anterior, con la excepción de la ausencia de la orientación académica. Y, finalmente, en la adultez, las variables que constituyen el síndrome de desviación general son el uso de drogas, la conducta delictiva, la conformidad social (en sentido negativo) y el número de parejas sexuales. Lo anterior muestra que existen cambios en la contribución a este síndrome general de desviación en función del período de desarrollo.

Newcomb (1996) presenta datos de seguimiento de 16 años de jóvenes que tenían entre 12 y 14 años cuando se les hizo la primera evaluación en 1975. Sus resultados confirman en un grado importante las hipótesis derivadas de la teoría de la pseudomadurez por él planteadas.

La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales, junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc.; la accesibilidad y la disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas a resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para su consumo.

Muchos de estos primeros consumos de drogas comienzan en la familia, los niños pueden observar a alguno de sus miembros o algún miembro de la familia puede incitar directamente al joven a su uso. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema, pero es un

elemento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, cuando no tiene habilidades adecuadas de afrontamiento, o están presentes en esas personas importantes variables de vulnerabilidad para el consumo de esa sustancia o sustancias. En este caso programas preventivos a nivel familiar o incluso a nivel de tratamiento (p.ej., el programa Alfil para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo) son una buena alternativa para que estas personas vulnerables no consuman o retrasen lo máximo posible su comienzo en el consumo de distintas sustancias psicoactivas (Dembo et al., 1999; Gual, Rodríguez-Martos y Calafat et al., 2000).

Por todo ello, cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección familiar, como los otros asociados al consumo de drogas, no sólo conoceremos mejor este problema sino que podremos desarrollar programas preventivos más adecuados y más eficaces.

4.5.2.4.2. Factores relacionados con la influencia del grupo de iguales

Como señala García-Pindado (1993), el grupo de iguales es uno de los determinantes fundamentales del desarrollo del adolescente. Los amigos, los compañeros crean normas de conducta que se mantienen a través de ciertos mecanismos, proporcionando información directa e indirecta sobre los comportamientos apropiados en situaciones distintas a las del hogar. Ofrecen un soporte para experimentar y resolver problemas de socialización mientras el adolescente pasa de la influencia familiar a la vida adulta. Todas las teorías de la adolescencia identifican este período como aquél en que las fuerzas sociales y biológicas alientan al joven hacia la formación de una identidad independiente de los padres ya fomentar estrechos lazos de unión con los amigos (Coleman, 1980). En este sentido, la interacción con los amigos parece guiar la socialización adolescente. Tal y como se expone y debido a su relevancia, la amistad en la adolescencia se ha utilizado repetidamente como variable explicativa del comportamiento juvenil en muchos estudios tanto de carácter social como psicológico, señalando la influencia determinante de los iguales en la conducta del adolescente (Berndt, 1979).

Centrándonos en la conducta de uso de drogas, también en este campo son muchos los estudios que señalan que, durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas

(Akers et al., 1979; Bauman y Fisher, 1986; Berkowitz y Perkins, 1986; Huba et al., 1979; Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1982; Kandel, et al., 1990; Kaplan et al., 1982; Smart et al., 1978), por dos motivos esenciales: (a) refleja el efecto del modelado del grupo y (b) refleja la disponibilidad de drogas por parte de esos modelos. En este mismo sentido y vinculando esta relación con el proceso de transición hacia el uso de drogas, la evidencia sugiere que la influencia de los amigos es mayor y más relevante a la hora de iniciar el uso ilícito de drogas, es decir, en las etapas iniciales de implicación con las mismas (Bank et al., 1985; Brook et al., 1983; Elliot et al., 1985; Kandel, 1985; Kandel y Yamaguchi, 1985; Needle et al., 1986; Swaim, Oetting, 1989).

A continuación, se exponen aquellas variables relacionadas con el grupo de iguales que con mayor frecuencia se han relacionado con el uso de drogas por parte de los adolescentes (Tabla IV.6).

a) Asociación con compañeros consumidores

El consumo de sustancias por parte de los iguales es uno de los más potentes predictores del uso y abuso de drogas entre los jóvenes (Barnes y Welte, 1986; Brook et al., 1990; Díaz y Sanabria, 1993; Dishion y Loeber, 1985; Goe, Napier y Bachtel, 1985; Grichting y Barber, 1989; Hundleby y Mercer, 1987; Otero et al, 1989; Pons et al, 1996; Segal, 1985; White, Johnson y Horowitz, 1986). Así, el grado en que los adolescentes se relacionan con iguales que ingieren drogas es el factor individual que mejor predice el consumo por parte de los primeros.

En esta área de investigación, son muchos los estudios que han estudiado el comportamiento de distintos grupos étnicos con el objetivo de confirmar de forma genérica la dirección positiva de la influencia entre estas dos variables. De esta forma, Byram y Fly (1984), encontraron que la influencia de los iguales para el uso adolescente de drogas era más fuerte que la de los padres tanto para chicos de raza blanca como para los afroamericanos, los asioamericanos y los hispanoamericanos (Dembo et al., 1979; Harford, 1985; Newcomb y Bentler, 1986).

b) Identificación con grupos desviados

Al igual que ocurría con el caso anterior, también se han encontrado altas correlaciones entre el consumo de drogas en los adolescentes y ciertas variables relacionadas con las conductas delictivas de los amigos, la identificación con grupos no convencionales y la participación activa en actividades desviadas (Elliot et al., 1985; Gorsuch y Butler, 1976; Jessor y Jessor, 1977). Estudios como el de Hundleby y Mercer (1987) confirmaron que, entre las variables correspondientes al grupo de iguales, las que mejor se relacionaron con el consumo fueron la ingestión de drogas por los amigos seguida de la conducta delictiva de éstos. Estos autores explicaron que los resultados obtenidos permitían considerar el consumo de drogas de los jóvenes como parte de un síndrome de conducta desviada que incluiría tanto la delincuencia como la conducta sexual. Por su parte, Otero, Mirón y Luengo (1989) mostraron la importancia de que el adolescente se identificara con grupos convencionales y no convencionales. Observaron que los consumidores, sobre todo los de drogas ilegales, se relacionaban con más asiduidad e interés con grupos no convencionales que los grupos de no consumidores (Dishion y Loeber, 1985; Goe et al., 1985).

En este punto es necesario aludir a ciertos efectos de interacción observados entre la influencia del grupo de iguales y la familia. En este punto, por ejemplo, se ha encontrado en repetidas ocasiones que el tener amigos con comportamientos delictivos correlacionaba negativamente con la mayor parte de las características paternas que indicaban afecto, confianza e interés (Hundleby y Mercer, 1987).

c) Rechazo por parte de los iguales

Aunque no es posible establecer una relación directa entre el rechazo ejercido por los iguales y el abuso de sustancias en el adolescente, muchos estudios en este área señalan que una baja aceptación por parte de los compañeros parece poner a los jóvenes en riesgo de tener problemas importantes en la escuela y de exhibir conductas agresivas, cercanas incluso a la criminalidad (Coie, 1990; Kupersmidt, Coie y Dodge, 1990; Parker y Asher, 1987) que también son factores de riesgo para el abuso de sustancias (Hawkins, Lishner, Jenson y Catalano, 1987).

De forma específica, los pocos estudios dirigidos a determinar la dirección de la relación existente entre estas variables se han centrado en estudiar

repetidamente los rasgos característicos de aquellos chicos que han sido rechazados por sus iguales (ej., agresividad, timidez, aislamiento) para analizar su posible relación con el uso de drogas. En este sentido, el estudio realizado por Kellam, Ensminger y Simon (1980) mostró que los jóvenes que habían sido tímidos en los primeros cursos escolares reportaban bajos niveles de implicación en el uso de drogas en la etapa adolescente, mientras que aquéllos que habían sido agresivos o que habían tenido períodos tanto de agresividad como de timidez, mantenían altos niveles de uso en momentos posteriores. Por el contrario, Brook et al. (1986) obtuvieron resultados totalmente opuestos, encontrando que los niños con rasgos relevantes para el rechazo por parte de los iguales (ej., inhibición social, aislamiento y agresividad hacia los compañeros) no estaban asociados significativamente con el uso de drogas en la adolescencia. De cualquier forma, la agresividad hacia los iguales durante la adolescencia se ha asociado repetidamente con el grado de uso de drogas y, de manera genérica, se ha estimado que los adolescentes que han sido menos inhibidos socialmente y que han estado menos aislados de sus compañeros en etapas tempranas tienen una probabilidad mayor de estar en un nivel de consumo más avanzado que el resto de sus compañeros.

Estos estudios sugieren que el vínculo entre el rechazo por parte de los iguales y el consecuente uso de drogas puede no ser simplemente uno. Así, es posible que la timidez, producida por el aislamiento de un niño por parte de sus compañeros, llegue a protegerle contra el uso de drogas al eliminar una fuente de influencia importante para el consumo como es el uso de drogas por parte de los iguales. En sentido opuesto, la agresividad, aunque puede ser el resultado para algunos niños de su exclusión por parte de los compañeros, puede estar asociada con la aceptación por otros más agresivos y quizás cercanos a la delincuencia que pueden favorecer el uso de drogas (Cairns et al., 1988). Confirmando esta idea, Hartup (1983), sugirió que los niños rechazados creaban amistades con otros niños en la misma situación durante los años de la preadolescencia y estos grupos de amistad solían convertirse en delincuentes en la adolescencia. Sin embargo, todavía no se ha confirmado suficientemente este proceso directo ni ha sido avalado por todos los autores que han dirigido sus esfuerzos al estudio de este importante factor de riesgo.

d) Variables moduladoras

Se trata de un conjunto de variables que vienen siendo citadas por los autores como importantes factores que pueden modular la influencia del grupo de iguales. En este caso, es posible hablar de la existencia de relaciones de apego e intimidad del joven con respecto al resto de los miembros del grupo y el tipo de droga consumida por los mismos.

En cuanto a la primera variable se ha defendido en repetidas ocasiones que la intimidad establecida con los compañeros tiene una especial relevancia a la hora de determinar el consumo de alcohol en la adolescencia (Margulies et al, 1977). Este hecho parece confirmarse al detectar que el ámbito de influencia recíproca entre el consumo de alcohol del joven y el de sus iguales se circunscribe a los amigos más íntimos, mientras que un ambiente social más amplio constituido por compañeros más lejanos no tiene efecto alguno en el mayor o menor uso de la sustancia (Downs, 1987). Otero, Mirón y Luengo (1989), corroboraron estas matizaciones afirmando que, en todos los estudios realizados, las variables afectivas como el apego a la familia y a los amigos habían obtenido un papel muy relevante a la hora de explicar el consumo del adolescente. En este sentido, parece que el pobre desarrollo de relaciones afectivas no sólo entre el joven y sus padres sino también con el grupo de iguales podría ser conceptualizado como un factor de riesgo de peso para el uso/abuso de drogas adolescente.

Además de las relaciones de apego que se establecen entre el joven y sus iguales, también se ha observado que la influencia ejercida por el grupo de referencia puede variar tanto en función del tipo de droga que se consume como por el grado de implicación en tal consumo. Diversos autores han comprobado que, por ejemplo, los amigos podían ser determinantes en el caso del consumo de marihuana mientras que, en el caso del inicio del consumo de otras drogas ilegales, las variables familiares se configuran como factores de influencia mucho más prioritarios (Kandel y Andrews, 1987; Kandel, Margulies y Davies, 1987). En todo caso, parece que, una vez iniciado el uso de estas sustancias (ej., alcohol y marihuana), la imitación de los iguales es la forma dominante de influencia social favoreciendo, a su vez, la selección por parte del adolescente de aquellas compañías que refuerzan sus normas y conductas recién establecidas.

Tabla 4.8. Resumen de factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales.

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA.
1. Asociación con compañeros/pares consumidores	Jessor y Jessor, 1977 Smart et al., 1978 Huba et al., 1979 Akers et al., 1979 Kandel, 1982 Kaplan et al., 1982 Segal, 1985 Dishion y Loeber, 1985 Goe et al., 1985 Berkowitz y Perkins, 1986 White et al., 1986 Barnes y Welte 1986 Hundkeby y Mercer 1987 Grichting y Barber, 1989 Otero et al., 1989 Kandel et al., 1990 Pons et al., 1996	La asociación con iguales que consumen drogas es uno de los más potentes predictores de consumo por los adolescentes.
1. Asociación con compañeros/pares consumidores (Continuación)	Dembo et al., 1979 Byram y Fly, 1984 Harford, 1985 Newcomb y Bentler, 1986	La influencia de los iguales para el uso adolescente de drogas es más fuerte que la de los padres tanto para chicos de raza blanca como para los afroamericanos, asiáticos e hispanos.
2. Identificación con grupos desviados	Gorsuch y Butler, 1976 Jessor y Jessor, 1977 Elliot et al., 1985 Hundleby y Mercer, 1987	Altas correlaciones entre el consumo de drogas en los adolescentes y variables relacionadas con las conductas delictivas de los amigos, la identificación con grupos no convencionales y la participación activa en actividades desviadas.
	Dishion y Loeber, 1985 Otero et al., 1989	Los jóvenes consumidores, sobre todo los de drogas ilegales, se relacionan con más asiduidad e interés con grupos no convencionales que aquellos adolescentes no consumidores.
	Hundleby y Mercer, 1987	El tener amigos con comportamientos delictivos correlaciona negativamente con la mayor parte de las características paternas que indican afecto, confianza e interés.

Tabla 4.8. Resumen de factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales. (Continuación)

3. Rechazo por parte de los iguales	Parker y Asher, 1987 Kupersmidt et al., 1990	Una baja aceptación por parte de los iguales incrementa el riesgo de tener problemas en la escuela y de exhibir conductas agresivas en los adolescentes
	Brook et al., 1986	Los niños con rasgos relevantes para el rechazo por parte de los iguales (inhibición social, aislamiento y agresividad) no estaban asociados al uso de drogas en la adolescencia. A pesar de ello, se admite que los adolescentes que han sido menos inhibidos socialmente y que han estado menos aislados de sus compañeros en etapas tempranas tienen una probabilidad mayor de alcanzar un nivel de consumo más avanzado que sus compañeros.
3. Rechazo por parte de los iguales (Continuación)	Parker y Asher, 1987 Coie, 1990 Kupersmidt et al., 1990	La agresividad por parte del adolescente puede estar asociada con su aceptación por parte de grupos igualmente agresivos que pueden favorecer el consumo de drogas y, de forma similar, el adolescente rechazado por sus iguales puede establecer amistad con otros chicos rechazados en los años de preadolescencia fomentando la conducta delincuente en años posteriores.
4. Variables moduladoras	Margulies et al., 1977	Las relaciones de intimidad establecidas con los iguales tienen una especial relevancia a la hora de determinar el consumo de alcohol en la adolescencia.
	Otero et al., 1989	El pobre desarrollo de relaciones afectivas no sólo entre el joven y su familia sino también con el grupo de iguales es un factor de riesgo importante para el uso y abuso de drogas adolescente.
	Kandel et al., 1978 Kandel y Andrews, 1987	La influencia del grupo de iguales es determinante en el caso de sustancias como el alcohol, la marihuana o el tabaco pero con respecto al inicio del consumo de otras drogas ilegales, las variables familiares se configuran como factores de influencia mucho más prioritarios.

4.5.2.4.3. Factores escolares

Desde una perspectiva evolutiva, el medio escolar es, junto al hogar, el lugar donde transcurre la mayor parte de la vida del niño hasta la adolescencia, de manera que parece evidente que los distintos elementos que lo configuran son susceptibles de generar expectativas, actitudes y conductas que tendrán una influencia determinante en su desarrollo posterior (García, 1990). Con referencia al contexto educativo, son muy pocos los estudios que se han centrado en determinar el peso específico de esta variable en el desarrollo de conductas desviadas en el niño-adolescente y, por lo tanto, de pautas concretas de consumo de drogas. Sin embargo, se han citado en muchas ocasiones ciertas variables de carácter escolar como la conducta antisocial, el absentismo escolar, la ausencia de motivación académica y de expectativas educativas y/o el rendimiento y el fracaso escolar, que podrían condicionar la percepción del contexto escolar por parte del joven y que, en el caso de establecerse una relación positiva entre los mismos, llegarían a reducir el deseo de conformarse con las expectativas del grupo normativo, reforzando sus propias expectativas de rechazo personal (Caplan, 1977, 1980).

En todo caso, el medio escolar es el agente de socialización implicado en proporcionar las recompensas que el joven necesita para tener una imagen adecuada de sí mismo y de su entorno. Desde esta perspectiva, las escuelas más exitosas respecto al binomio rendimiento/conducta social de los alumnos, son aquellas que basan su actividad en la participación, la responsabilidad, la cooperación y sobre todo, en la aplicación adecuada de refuerzos (Rutter, Maughan, Mortimore y Ouston, 1979). En definitiva, aquéllas que logran crear fuertes lazos de unión entre la institución y los jóvenes, disminuyendo así la implicación de los mismos en conductas o actividades desviadas. En este sentido, Elliot, Huizinga y Ageton (1985) detectaron que cuanto mayor es el vínculo con la familia y la escuela, más disminuye la probabilidad de que los adolescentes se inicien en la ingesta de tóxicos y se relacionen con compañeros delincuentes. Es más, puesto que las relaciones de apego y de unión con la familia y la escuela se desarrollan antes en el tiempo que la exposición al consumo de sustancias por parte de los amigos, es probable, que la medida en que los jóvenes se unan a los primeros constituya un factor clave para la posterior selección de iguales consumidores o no en la adolescencia temprana.

Además de estas consideraciones generales, como se ha comentado, no existe demasiada investigación específica en este campo. Son pocos los factores que, de forma consistente, se han relacionado con el consumo de sustancias, pero es posible reseñar la influencia determinante de variables predictoras como el abandono escolar, el fracaso académico y/o el tipo y tamaño de la escuela (Tabla 4.9).

a) Abandono escolar

Esta variable debe ser considerada como un proceso y no como un evento discreto teniendo en cuenta que los factores de riesgo implicados en el abuso de drogas también lo son para el abandono escolar, estableciéndose entre ambos una relación recíproca en la que los abandonos incrementan el riesgo de abuso de drogas y éste, a su vez, pone al joven en una situación de mayor riesgo para abandonar la escuela, el instituto o la universidad (Barro y Kolstad, 1987). En este sentido, Mensch y Kandel (1988) encontraron que aquellos chicos que abandonaban la escuela tenían una probabilidad mucho mayor de abusar de las drogas en un futuro próximo y, paralelamente, el uso previo de tabaco, marihuana u otras drogas ilegales a cualquier edad aumentaba significativamente la probabilidad de abandono escolar en ambos sexos. Además, señalaron que cuanto más joven se daba el inicio en el consumo (alcohol, marihuana y otras drogas ilegales, en el caso de los hombres y, tabaco y marihuana en el de las mujeres), más aumentaba la probabilidad de abandonar la escolaridad sin llegar a obtener la correspondiente titulación.

b) Fracaso académico

Con referencia a las posibles causas del fracaso, se ha intentado establecer patrones causales en relación a variables indirectas como es la inteligencia. En este sentido, aunque existe una relación inversa entre la habilidad intelectual y la delincuencia una vez que se controla el estatus socioeconómico y la raza (Gottfredson, 1981), no se ha encontrado una relación similar para el uso de drogas a pesar de la covariación entre la delincuencia y las conductas de consumo de sustancias. De hecho, estudios como el realizado por Fleming, Kellam y Brown (1982) señalaron que puntuaciones altas obtenidas en los tests de inteligencia o en la habilidad lectora en grados elementales (E.G.B.), predecían el posterior uso frecuente de alcohol en la adolescencia. Asimismo, Kandel y Davies (1991), determinaron que una alta puntuación en pruebas de inteligencia estaba también

asociada con altos niveles de uso de cocaína entre jóvenes adultos con edades comprendidas entre los 19 y los 26 años.

A pesar de ello, de forma específica, el fracaso en la escuela ha sido identificado como un predictor claro del abuso de drogas en la adolescencia (Jessor, 1976; Robins, 1980). Se ha encontrado incluso que una pobre ejecución en la escuela puede predecir tanto la frecuencia como los niveles de uso posterior de drogas ilegales (Smith y Fogg, 1978). En este sentido, Holmberg (1985), en un estudio longitudinal con sujetos de 15 años reportó que los novillos, el pertenecer a clases especiales y el abandono temprano de la escuela eran factores pronóstico claros para el abuso de drogas. En contraste, una ejecución brillante en la escuela reducía la probabilidad del uso de drogas entre chicos pertenecientes a los últimos años de la E.G.B. (Hundleby y Mercer, 1987).

En general, lo que no está claro en estos estudios es que, evolutivamente, un pobre rendimiento en la escuela pueda establecerse como un predictor estable del abuso de drogas. La evidencia disponible sugiere que el ajuste social es más importante que la ejecución académica en los grados escolares más elementales para predecir el posterior abuso de drogas. Así, una temprana conducta antisocial en la escuela puede predecir tanto el fracaso escolar en cursos posteriores (Feldhusen, Thurston y Benning, 1973) como el posterior abuso de drogas. Por el contrario, el fracaso escolar en cursos posteriores, más avanzada la escolaridad, puede sólo exacerbar los efectos de una conducta antisocial temprana o contribuir de forma independiente al abuso de drogas.

c) Tipo y tamaño de la escuela

En cuanto al estudio de la influencia de esta variable, Recio et al. (1992) señalaron que la mayor probabilidad de consumo de sustancias por parte de los alumnos se daba en centros de mayor tamaño y, sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico, mientras que aquéllos centros de pequeño tamaño o escuelas públicas o privadas de orientación religiosa no aparecía este tipo de relación. De cualquier forma, tanto el tipo de centro como su tamaño sólo afectaban al consumo de algunas drogas. Así:

- El carácter privado laico del centro predecía sólo el uso de tabaco, alcohol y tranquilizantes.
 - El carácter privado de escuela, tanto laica como religiosa, estaba negativamente asociado al uso de barbitúricos.
-

- El mayor tamaño del centro predecía tanto el uso de alcohol y cannabis como el de tranquilizantes y analgésicos.

Tabla 4.9. Resumen de Factores de Riesgo Escolares.

FACTOR DE RIESGO	ESTUDIOS ETIOLÓGICOS	EVIDENCIA EMPÍRICA.
1. Abandono escolar	Barro y Kolstad, 1987	El abandono escolar aumenta el riesgo del abuso de drogas y éste a su vez, pone al adolescente en una situación de mayor riesgo para abandonar la escuela, el instituto o la universidad.
	Mensch y Kandel, 1988	Los chicos que abandonaban la escuela tenían una probabilidad mayor de abusar de las drogas en un futuro próximo y, paralelamente, el uso previo de tabaco, marihuana u otras drogas ilegales a cualquier edad, aumentaba la probabilidad de abandono escolar en ambos sexos.
2. Fracaso académico	Gottfredson, 1981	Relación inversa entre la habilidad intelectual y la delincuencia una vez que se controla el estatus socioeconómico. No parece existir una relación similar para el abuso de drogas.
	Fleming et al., 1982	Altas puntuaciones obtenidas en los tests de inteligencia o en la habilidad lectora en los cursos de E.G.B., predicen el uso frecuente de alcohol en la adolescencia.
	Kandel y Davies, 1991	Altas puntuaciones en pruebas de inteligencia asociadas con altos niveles de consumo de cocaína entre jóvenes adultos con edades entre los 19 y los 26 años.
	Jessor, 1976 Smith y Fogg, 1978 Robins, 1980	El fracaso escolar es un claro predictor del abuso de drogas en la adolescencia. Una pobre ejecución escolar puede llegar a predecir tanto la frecuencia como los niveles de uso posterior de drogas ilegales.
	Holmberg, 1985 Hundleby y Mercer, 1987	Los novillos, el pertenecer a clases especiales y el abandono temprano de la escuela son factores pronóstico para el abuso de drogas. Por el contrario, una ejecución brillante en la escuela primaria reduce la probabilidad de uso de las mismas en cursos más avanzados.
3. Tipo y tamaño de la escuela	Recio et al., 1992	La mayor probabilidad de consumo por parte de los alumnos se da en centros de mayor tamaño y, sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico en comparación con aquellas escuelas públicas o privadas de orientación religiosa.

4.6. ESTUDIOS ESPAÑOLES SOBRE FACTORES DE RIESGO

Hasta el momento, las investigaciones sobre los factores de riesgo familiares que se han llevado a cabo en nuestro país son escasas y todas ellas han sido realizadas en ámbitos geográficos muy delimitados. En este apartado, se describirán algunos de los estudios españoles más significativos. En la Tabla 4.10 se resumen los principales resultados de estos estudios.

Recio (1993, 1995) llevó a cabo un estudio longitudinal de un año de seguimiento, con una muestra final de 1238 estudiantes de BUP y primero de FP de la ciudad de Madrid. Se utilizó un cuestionario autoaplicado en el que se incluía información de diferentes áreas del estilo de vida de los adolescentes, incluido el consumo de drogas legales e ilegales. Los resultados mostraron que las variables relacionadas con el grupo de amigos eran las que mejor predecían el uso de sustancias legales e ilegales de los sujetos. Las variables de la familia que favorecían el consumo de determinadas sustancias de los hijos al año de seguimiento eran las actitudes de los padres ante el uso de algunas drogas, la falta de confianza en los padres las relaciones padres-hijo y las conductas depresivas de los padres.

El trabajo realizado por Ruiz, Lozano y Polaino (1994) pretendía estudiar la relación existente entre determinados aspectos personales y familiares y el consumo de alcohol y drogas ilegales en la población adolescente. El estudio comparó una población compuesta por dos grupos de 100 adolescentes cada uno, de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 15 y 21 años, residentes en el área urbana de Sevilla. El primer grupo, denominado no consumidor, se caracterizaba por ingerir menos de 280 grs./semana de alcohol y por no presentar consumo de drogas ilegales. El segundo grupo denominado consumidor estaba constituido por adolescentes que ingerían una cantidad superior a 280 grs./semana de alcohol y/o otras drogas ilegales. A los estudiantes se les aplicó una entrevista clínica estructurada en donde se recogían datos socio-demográficos, uso de drogas y otras áreas del estilo de vida. Una aportación interesante de este estudio fue que, además, también se entrevistó a los padres de cada uno de los adolescentes. Los resultados del trabajo mostraron que las variables de la familia que incidían sobre los patrones de consumo de alcohol y

drogas ilegales eran: el grado de formación de los padres, la estabilidad matrimonial y laboral y la frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas.

Tabla 4.10. Estudios españoles sobre los factores familiares de riesgo de consumo de drogas.

Autores	Lugar	Variables familiares asociadas al consumo de drogas.
Recio(1993,1995)	Madrid	Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. Falta de confianza en las relaciones padre-hijo. Conductas depresivas de los padres.
Ruiz Carrasco et al.,(1994)	Sevilla	Grado de formación de los padres. Estabilidad matrimonial y laboral. Consumo de alcohol y otras drogas de los padres.
Alonso Sanz y Del Barrio (1994)	Toledo	Falta de cohesión familiar. Consumo de tabaco y alcohol de los padres.
Pons et al., (1996, 1999)	Valencia	Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. Consumo de sustancias en la familia. Insatisfacción dentro del sistema familiar. Dificultades en la relación afectiva con los padres. Estrategias familiares basadas en la reprobación.
Muñoz-Rivas y Graña (2001)	Madrid	Conflictos entre el adolescente y sus padres. Uso de alcohol por parte del padre. Consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre.

Alonso y Del Barrio (1994) investigaron la influencia del contexto familiar en el consumo de tabaco y alcohol de los hijos. La muestra estaba comprendida por 277 alumnos de 7º curso de EGB de la provincia de Toledo. Los datos socio-demográficos y las variables asociadas al uso de drogas se midieron a través de un cuestionario elaborado "ad hoc" y el ambiente familiar se midió a través del cuestionario "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales –FACES III" (Bredehoft DJ , Hey RN, 1985). Los resultados mostraron que tener hermanos actuaba como un factor de protección respecto al consumo de tabaco y, especialmente, de alcohol, ya que los sujetos que tenían hermanos se iniciaban más tarde en el consumo de bebidas alcohólicas. La cohesión familiar se relacionó significativamente con el consumo regular de tabaco y alcohol por parte de los hijos. Asimismo, el consumo de tabaco y alcohol de los padres estaban relacionados con el consumo de estas sustancias por parte de los hijos. Los hijos de padres fumadores habían probado el tabaco y tenían intención de fumar en

mayor proporción que los hijos de padres no fumadores. Lo mismo sucedía respecto al consumo de alcohol.

De acuerdo con los autores, estos resultados tienen importantes implicaciones para la prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Se reducirá la probabilidad del consumo de drogas si los padres no consumen tabaco o alcohol y, además favorecen el establecimiento de fuertes vínculos entre los miembros de la familia, logrando una elevada cohesión entre ellos. Para ello, sería necesario implementar estrategias que promovieran una comunicación adecuada entre los miembros de la familia, compartir actividades y, en general, que crearan un sentimiento de proximidad, unión y apoyo entre los miembros de la familia.

Pons y otros (Pons, Berjano y García, 1996; Pons y Berjano, 1999) llevaron a cabo un estudio muy amplio con 1.100 jóvenes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 15 y 19 años y escolarizados en centros públicos y privados del municipio de Valencia. Se trataba de determinar las relaciones existentes entre el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y una serie de variables asociadas hipotéticamente a este consumo, entre éstas, la influencia de la familia. Para obtener los datos de la investigación, se utilizó un instrumento compuesto por siete escalas alusivas a cada una de los grupos de variables estudiados. Los resultados mostraron una importante mediación sobre el consumo abusivo de alcohol de los grupos de influencia social, sobre todo, de la familia. En concreto, el consumo abusivo de alcohol se encontraba relacionado con: el mantenimiento de actitudes permisivas, el consumo habitual dentro de la familia, especialmente, por parte del padre y los hermanos/as mayores, el consumo elevado de los miembros del grupo de iguales, la percepción de incomprensión e insatisfacción dentro del sistema familiar, las dificultades en la relación afectiva con los padres y con la utilización habitual de estrategias familiares de socialización basadas en la reprobación.

Por último, en un estudio reciente (Muñoz-Rivas y Graña, 2001) se analizó la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Se utilizó una muestra de 1570 adolescentes de la Comunidad Autónoma de Madrid. Las variables de la relación familiar que se tuvieron en cuenta fueron: la estructura y composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas. Los resultados mostraron que las

dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y con el consumo familiar, eran las que predecían un mayor riesgo de uso de sustancias por parte del joven. Así, las disputas frecuentes entre el joven y sus padres y entre éstos entre sí, predecía el consumo de alcohol, tabaco y fármacos o derivados.

Por otra parte, el uso de alcohol por parte del padre era el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente; mientras que el consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre se encontraba relacionado con el uso de drogas médicas e ilegales de los jóvenes.

Los autores llaman la atención del hecho de que la existencia en el seno familiar de normas contrarias al uso de drogas ilegales estaba relacionado con un mayor riesgo del uso de alcohol y tabaco. Una interpretación que se ofrece es que el establecimiento de normas claras de rechazo hacia las drogas ilegales puede provocar la idea de que otras sustancias (alcohol y tabaco) son menos peligrosas al no ser expresamente rechazadas por sus padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

En lo que se refiere a la protección del consumo de drogas, los resultados de este estudio señalan la importancia de la cohesión familiar, confirmando así las conclusiones extraídas de otros trabajos (por ejemplo, Alonso y Del Barrio, 1994).

4.7. IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

Con el fin de determinar de manera resumida las implicaciones específicas de los resultados obtenidos por los numerosos trabajos sobre factores de riesgo del consumo de drogas, se resumen a continuación las conclusiones generales más importantes y que suponen la base sobre la que han de sustentarse posteriores investigaciones o programas de carácter preventivo que ofrezcan soluciones eficaces a esta problemática, que atañe a la población adolescente.

La primera se basa en el hecho de que los factores de riesgo revisados se han mostrado estables en el tiempo a pesar del cambio de normas. Por ejemplo, a pesar de los cambios generales de las normas referentes al uso de drogas, tales como la marihuana, a lo largo de los últimos 20 años (Johnston, O'Malley y

Bachman, 1989), diversos estudios realizados en diferentes lugares y momentos han mostrado que estos factores predicen el uso de drogas en el adolescente de forma relativamente consistente. Estos datos concluyentes sugieren la estabilidad de los factores de riesgo como predictores y su viabilidad como objetivos para el trabajo preventivo.

La segunda hace referencia al hecho de que los factores de riesgo pueden predecir el abuso de drogas desde distintos dominios. Como hemos visto, algunos factores son característicos del individuo, pero otros son característicos de las familias y de sus interacciones, de las experiencias en las clases, de los grupos de compañeros, de la unidad de la comunidad y de otros factores legales, económicos y culturales.

La tercera afirma que los diferentes factores de riesgo son determinantes en diferentes períodos del desarrollo. Por ejemplo, un pobre rendimiento académico en los cursos elementales de la escolaridad no parece ser un predictor estable del abuso de drogas adolescente (Kellam y Brown, 1982) mientras que el bajo rendimiento en cursos posteriores sí llega a predecirlo. Por su parte, la agresividad en las edades de 5 a 7 años predice el posterior abuso de drogas y, si continúa, puede ser un potente predictor del abuso de sustancias con el incremento de edad.

La cuarta subraya la evidencia disponible sobre el hecho de que cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor es la probabilidad del riesgo para el abuso de drogas (Bry, McKeon y Pandina, 1982; Newcomb et al., 1986). En este sentido, Rutter (1980) encontró un efecto multiplicativo de los factores de riesgo añadido sobre la probabilidad de la existencia de psicopatología en la infancia y, Newcomb, Maddahian, Skager y Bentler (1987) reportaron una contribución similar de las combinaciones de los diferentes factores al riesgo global para el uso de drogas por parte de los adolescentes. Además, es posible que una mayor duración de la exposición a factores de riesgo ambientales nocivos, pueda exacerbar el riesgo.

Las investigaciones recientes se centran en determinar cómo los factores de riesgo interactúan en la etiología del abuso de drogas (Loeber y Stouthamer-Loeber, 1986). Así, conseguir una mayor precisión a la hora de estimar cuántos

factores de riesgo contribuyen al abuso de drogas puede ayudar a focalizar los esfuerzos en la prevención de aquellos factores más virulentos.

De cualquier forma, la aproximación a la prevención focalizada en los factores de riesgo no requiere que éstos sean manipulados directamente. Es prácticamente imposible reducir o cambiar directamente ciertos factores a través de la intervención preventiva. En estas instancias, el objetivo de los esfuerzos de la prevención puede ser mediar o moderar los efectos de estos factores pero no manipularlos. Así, el cambiar, por ejemplo, una historia familiar de alcoholismo es realmente imposible, pero sí es posible moderar los efectos de ésta a través de la intervención con aquellos chicos que tienen este riesgo debido a su exposición a este ambiente específico. Una de las tareas de la investigación en la prevención focalizada en el riesgo es determinar qué variables pueden ser manipuladas, cuáles de ellas no pueden ser cambiadas pero sí moderadas o manipuladas y cuáles no van a verse afectadas por la intervención.

Existe una serie de problemas de origen metodológico que afectan a la mayor parte de los estudios y que han dificultado la integración de los hallazgos y la universalidad de los mismos (Orte, 1994). Éstos son:

- a) La caracterización de las muestras de estudio ya que, en la mayoría de las ocasiones, los sujetos seleccionados son de procedencia institucional, psiquiátrica o penitenciaria, con un consumo de drogas compulsivo (Bleichman, 1982), que condiciona expresamente el tipo de relación familiar tanto previa como actual, y unas características lo suficientemente especiales que, en muchos casos, hacen imposible su comparación e identificación con la población general.
 - b) La no diferenciación entre distintas sustancias a la hora de plantear los estudios o de justificar los resultados, tanto en términos de cantidad consumida como de tipo de droga utilizada; así como, la escasa distinción entre edades, generalizándose muchas veces mezclando distintos tipos de adictos y muestras de diferentes edades, sin atender a variables importantes de origen histórico, actitudinal y evolutivo.
-

-
- c) El uso de diseños experimentales bivariados situando a los factores familiares como única causa del consumo de drogas que, como es sabido, tiene un origen multivariado en el que deben atenderse a múltiples componentes y aspectos. Por ello, es necesario tener en cuenta que estas variables estudiadas dentro del contexto familiar que pueden tener mayor o menor peso según los casos, deben entenderse siempre en relación a otro tipo de factores de origen biológico, psicológico y contextual
- d) El uso de diseños de carácter retrospectivo, en los que la intervención de variables mediadoras relacionadas con la capacidad de los sujetos para recordar relaciones anteriores con su familia y la influencia de las mismas en su situación actual, está prácticamente garantizado.

4.8. CONCLUSIONES SOBRE EL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO

La necesidad de elaborar programas eficaces de intervención y prevención en el campo del uso/abuso de drogas adolescente ha subrayado la importancia de enmarcar la conducta a la que se dirigen. Así pues, desde hace años, se sostiene la idea de que para conseguir resultados realmente positivos (aquéllos que logren mantenerse a corto, medio y largo plazo) es necesario atender no sólo a aquellas variables que mantienen y consolidan el consumo de drogas en los jóvenes sino a aquellos factores precursores del inicio del mismo, aquellos predictores fiables de la conducta adictiva.

Tal es el propósito de la investigación centrada en el estudio de los factores de riesgo/protección en la población adolescente, que no sólo pretende detectar aquellas características tanto individuales como ambientales que incrementan el riesgo de consumir drogas en determinados jóvenes sino también determinar aquellas otras que pueden llegar a reducir o atenuar la probabilidad de iniciarse en este tipo de conductas y que exhiben determinados grupos de adolescentes inmersos en esta misma problemática social y personal.

Esta aproximación focalizada en los factores de riesgo requiere, en primer lugar, la identificación de aquellos a los que las intervenciones, especialmente de carácter preventivo, deben atender de forma prioritaria. A pesar de los esfuerzos realizados, hasta el momento, no se cuenta con toda la información necesaria

para seleccionar las variables de mayor peso a la hora de predecir el uso de drogas.

En este sentido, se precisa de más investigación experimental para descubrir qué factores de riesgo son causales y cuales son menos determinantes en la etiología del abuso de sustancias. A pesar de ello, se conocen muchos factores que deben ser atendidos al observar, en repetidas ocasiones, su especial influencia a la hora de explicar el inicio del consumo de drogas en la población más joven. Además, la complejidad de este marco de intervención se ve agravada no sólo por la dificultad de determinar con precisión una relación directa de causalidad entre determinados factores y las conductas iniciales de consumo sino también por las características propias de la población en la que se definen. Debe tenerse presente que para conseguir una detección precoz del consumo y de su posterior mantenimiento en la edad adulta es necesario referirse a la adolescencia, un período evolutivo caracterizado por cambios importantes que deben tenerse en cuenta a la hora de adecuar las investigaciones y, como no, las actuaciones preventivas.

En la literatura se distinguen dos grandes grupos de factores que pueden explicar en muchos casos la implicación de determinados jóvenes en el uso de drogas.

En primer lugar, aquéllos que hacen referencia a variables más contextuales o ambientales que rodean al adolescente. En este caso, se habla de factores externos al joven pero que se asocian con cambios importantes en las conductas de uso de drogas y en la prevalencia del abuso de las mismas (ej., disponibilidad de la droga, restricción de la venta de sustancias, situaciones de deprivación económica, residir en barrios marginales).

En segundo lugar, se han estudiado aquellas características más cercanas al ambiente personal de los adolescentes atendiendo a factores de carácter individual. En este campo, se han tenido en cuenta variables como la posible predisposición genética al consumo de drogas estudiando familias de adictos, gemelos y sujetos adoptados, la posible influencia diferencial de variables biológico-evolutivas como la edad o el sexo y factores de carácter psicológico, familiar o escolar.

A pesar de que los resultados de muchos de los estudios realizados en este área no son todavía concluyentes, es posible hablar de determinados rasgos o características que podrían definir a aquellos sujetos en situación de alto riesgo y que podrían posibilitar la elaboración de un perfil típico para resumir la información más relevante de los aspectos a los que deben dirigirse los esfuerzos preventivos.

Así pues, entre las variables que explicarían un uso precoz de las drogas y el posterior abuso de las mismas podrían considerarse:

- La existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso del alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados.
 - Tener acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para el consumo indiscriminado.
 - Estar en una situación de privación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo.
 - Residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con altas tasas de delincuencia y marginalidad.
 - Pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas.
 - Iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias.
 - Un bajo nivel de satisfacción personal previo al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos negativos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo.
 - La presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras.
 - La presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o desórdenes por déficit de atención.
 - Mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancias o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer.
 - La ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de
-

impulsos.

- Pertenecer a familias monoparentales.
 - Ser hijos de trabajadores no cualificados o parados.
 - La existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo.
 - La ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes.
 - La comunicación familiar pobre o inexistente.
 - La pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia).
 - El uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias.
 - La asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales.
 - La identificación con grupos no convencionales.
 - El fracaso escolar, una pobre ejecución escolar o el abandono temprano de la escolaridad.
-

SEGUNDA PARTE
ESTUDIO EMPÍRICO



CAPÍTULO 5
OBJETIVOS E HIPÓTESIS



Esta parte de la presente tesis doctoral es el resultado del análisis exhaustivo de los fundamentos teóricos expuestos en los capítulos anteriores, y supone el planteamiento de diversos objetivos generales de investigación. El presente capítulo sirve de encuadre de todo el desarrollo y el trabajo posterior, ya que en él se presentan los objetivos fundamentales perseguidos, además de las condiciones metodológicas sobre las que se asientan el resto de los estudios específicos que se tratarán en apartados posteriores.

Como se ha indicado anteriormente, el consumo de drogas por parte de los más jóvenes es, en la actualidad, no sólo un comportamiento muy extendido en este sector de la población sino, además, uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de problemas de salud y sociales en edades más avanzadas. Es éste el punto de partida de la presente investigación, que pretende profundizar más en el conocimiento de esta problemática a través del estudio de aquellos factores más directamente implicados en el inicio del uso de sustancias adictivas para, así, poder determinar vías de actuación desde el ámbito preventivo más eficaces al asentarse en resultados no sólo teóricos sino empíricos.

En la dirección señalada, los datos aportados por investigaciones recientes han observado en este sector poblacional, por una parte, la importante consolidación de un patrón estable de consumo de alcohol y tabaco y, por otra, el alarmante incremento del uso de drogas ilegales como el cannabis o los alucinógenos, que parece indicar un considerable aumento no sólo del uso abusivo de una sustancia adictiva, sino también de la mezcla de varias de ellas al mismo tiempo. Teniendo en cuenta este tipo de observaciones, el primero de los estudios realizados dentro de la presente investigación se centrará en el análisis de este tipo de tendencias en la muestra de adolescentes de la Comunidad de Madrid estudiada, analizando, de forma detallada, no sólo las prevalencias de consumo para cada tipo de sustancias, sino también los patrones de continuidad en el mismo en cada uno de los casos.

Según los datos aportados con respecto al uso real de drogas tanto de comercio legal como ilegal en la muestra de referencia, los posteriores estudios se dedicarán específicamente al análisis del poder predictivo de alguno de los factores de riesgo para el consumo de drogas, que han sido presentados en la primera parte de conceptualización, concretamente aquéllos que más peso

parecen tener en el inicio del uso y abuso de las mismas. En este sentido, se estudiará la posible relevancia de variables demográficas como la edad de inicio y el sexo de los sujetos, variables de carácter psicológico como la depresión y variables de socialización en las que se incluyen las referidas a la familia, los amigos y la escuela.

Una vez detectados tanto los grupos de consumidores en función de las sustancias analizadas como los factores que pueden llegar a predecir el inicio en el consumo de las mismas para cada uno de ellos, la presente investigación en su última parte pretende configurar distintos patrones o perfiles característicos que puedan ayudar a diferenciar a aquellos sujetos que se encuentran en una situación de mayor riesgo o vulnerabilidad frente a aquéllos otros que podrían estar dentro de una mayor protección. Basándose en este tipo de conclusiones, la propuesta preventiva podría tener un soporte más firme y supondría el dirigir los mayores esfuerzos tanto de investigación como de intervención, al manejo y modificación de las variables indicadas, creando programas más ajustados y específicos que pudieran conseguir resultados más determinantes en el campo de las drogodependencias en la población más joven y en especial a la relación entre los factores de riesgo y el consumo de drogas de iniciación.

Como se ha visto anteriormente, el consumo abusivo de drogas está determinado, en gran parte, por el contexto interpersonal en el que se desenvuelve el joven. Dentro de estos factores interpersonales, la familia es sin duda uno de los factores principales a la hora de comprender el fenómeno de las drogodependencias.

No obstante, la importancia de la contribución de la familia al consumo de drogas es un acercamiento relativamente nuevo, si tenemos en cuenta que, tradicionalmente, el abuso de drogas ha sido visto desde una perspectiva médica y la mayoría de la investigación y propuestas de tratamiento se centraban en el individuo.

Diversos estudios llevados a cabo en el ámbito internacional y también los realizados en nuestro país coinciden en señalar aproximadamente los mismos determinantes familiares del consumo de drogas de los jóvenes y adolescentes.

En general, tres conclusiones claras se podrían extraer sobre los determinantes familiares del consumo de drogas (García-Pindado, 1992): (1) el vínculo paterno-filial, el apego, las relaciones positivas y la comunicación en el hogar van unidos a una

probabilidad menor de que los jóvenes ingieran drogas, (2) una disciplina inconsistente e inadecuada y unos métodos educativos incorrectos se asocian con niveles más altos de consumo y (3) se ha encontrado una relación positiva entre la ingestión de drogas legales o ilegales por parte de los padres y el consumo de estas sustancias por parte de los jóvenes.

El conocimiento de los factores de riesgo y protección familiares que operan en la drogodependencia juvenil, dentro del contexto socio-cultural español, puede ser visto como un objetivo esencial en el diseño de cualquier programa preventivo cuyo objeto sea el abuso de drogas entre los jóvenes. Ahora bien, aún no disponemos de una investigación a nivel nacional, con muestras suficientemente representativas, que recoja el peso específico de cada uno de los factores de riesgo y/o protección, lo que nos permitiría diseñar acciones y programas preventivos cada vez más eficaces y ajustados a las necesidades de la población diana.

5.1. OBJETIVOS

Este estudio persigue analizar la influencia de determinadas variables psicosociales en el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) e ilegales (cannabis) en una muestra de escolares. La selección de estas sustancias se debe a que los estudios epidemiológicos recientes explican la práctica totalidad de la varianza de consumo de tóxicos en ellas. Se ha optado por excluir del estudio el análisis de otras sustancias muy prevalentes como la cocaína al considerar que merece un estudio aparte, y por el interés en las sustancias consideradas de iniciación. El tabaco, alcohol y cannabis son las sustancias que se consumen con menor edad, frecuentemente en la adolescencia y que suelen anteceder otros consumos.

El objetivo principal de este trabajo es identificar las variables individuales (sociodemográficas y síntomas depresivos) y de socialización (estructura y ambiente familiar, rendimiento académico, relación con el grupo de iguales y consumo de otras sustancias) que predisponen al consumo de tabaco, alcohol y cannabis en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y establecer modelos predictivos del consumo en función de dichas variables.

Así pues, en líneas generales, la presente investigación pretende:

- a) Conocer la prevalencia del consumo de distintas drogas tanto legales (tabaco y alcohol) como ilegales (cannabis) en una muestra de escolares.
- b) Comprobar el valor predictivo para el consumo de una serie de variables individuales y de socialización, que los modelos teóricos señalan como explicativas del inicio del consumo de sustancias.
- c) Proponer distintos perfiles de riesgo/protección para cada uno de los grupos señalados, atendiendo a aquellos factores más relevantes que hayan obtenido un mayor peso predictivo a la hora de determinar el consumo o la abstinencia.
- d) Establecer patrones de la frecuencia del consumo del tabaco, del alcohol y del cannabis en función de diversas variables individuales y de socialización.

Respecto a los datos epidemiológicos sobre el consumo de drogas legales e ilegales obtenidos en una muestra de adolescentes, la propuesta inicial es evidenciar la magnitud del consumo de sustancias adictivas entre las que se han incluido el tabaco, el alcohol y el cannabis, considerando distintos parámetros de análisis.

En primer lugar, se analizará la prevalencia de consumo para cada una de las drogas en función de distintos parámetros temporales como son el consumo alguna vez en la vida, la edad de inicio en el consumo y la frecuencia de consumo de cada una de las sustancias estudiadas llevado a cabo en los últimos treinta días. En segundo lugar, se establecen diferentes modelos de predicción del consumo, determinando las diferencias entre los consumidores y no consumidores en función de variables individuales y de socialización. Y, en tercer lugar, con respecto al grupo de jóvenes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman haber consumido la sustancia de referencia en el último mes), se presentan las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el mismo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el mismo.

Los anteriores objetivos generales se articulan en los siguientes objetivos específicos:

OBJETIVO 1. Analizar la prevalencia de consumo "consumo alguna vez en la vida", "edad de inicio en el consumo" y "frecuencia de consumo de cada una de las sustancias estudiadas" (últimos treinta días) de distintas drogas de comercio legal (tabaco y alcohol en sus diversas formas como la cerveza, el vino, los licores y los combinados) e ilegal (cannabis,) en población adolescente.

OBJETIVO 2. Determinar la capacidad predictiva de cada una de las variables por separado, estimando el peso específico de cada una de ellas en cada uno de los grupos de sustancias de consumo, en el intento de establecer un conjunto de factores especialmente asociados a cada una de las drogas estudiadas en este trabajo.

OBJETIVO 3. Evaluar la asociación entre los distintos conjuntos de variables tanto individuales (sociodemográficas y psicológicas) como de socialización (familiares, escolares y relacionadas con la influencia del grupo de iguales) entre ellas y para cada una de las sustancias, determinando así cómo cada grupo de variables puede predecir el consumo de las drogas analizadas.

OBJETIVO 4. En función de todas las variables incluidas como posibles moderadoras del consumo de las distintas sustancias, estimar el mejor modelo de predicción que sirva como base para idear programas preventivos que se ajusten a la realidad del consumo de los jóvenes determinando aquellos aspectos que favorecen o, por el contrario, inhiben dicho consumo.

OBJETIVO 5. Se pretende estimar el patrón de los consumidores, es decir, el efecto de diferentes factores en la frecuencia del consumo para cada una de las drogas, presentando una aproximación en función de su frecuencia ya sea ésta mensual, semanal o diaria.

OBJETIVO 6. Establecer la mejor función para distinguir a los sujetos según la cantidad de consumo de cada una de las drogas incluidas en este estudio.

5.2. HIPÓTESIS

En relación con los objetivos propuestos y tomando en consideración los datos aportados en la fundamentación teórica, se proponen las siguientes hipótesis de investigación.

HIPÓTESIS 1. Se hallarán diferencias significativas en la prevalencia de consumo tanto en función del tipo de sustancia consumida como en función del parámetro de estimación de la misma (consumo en el último mes, edad de inicio de consumo y frecuencia de consumo).

Corolario 1.1. Existirá mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que de cannabis.

Corolario 1.2. Entre las sustancias de comercio legal, se dará una mayor prevalencia de consumo de alcohol que de tabaco.

Corolario 1.3. Las mayores tasas de prevalencia de consumo en cada una de las sustancias consideradas se darán al estimar el consumo esporádico (entendido en las frecuencias para cada sustancia como: entre nunca a 10 cigarrillos al mes, a 3 copas al mes o a 3 veces de consumo de cannabis al mes) y éstas irán decreciendo conforme el uso de las mismas sea más reciente o frecuente.

HIPÓTESIS 2. Se encontrarán diferencias en el uso del tabaco y del alcohol en función de variables demográficas y del tipo de sustancia de consumo.

Corolario 2.1. La proporción de varones consumidores de alcohol será mayor que la de las mujeres. Asimismo, la cantidad de alcohol consumida será superior en el caso de los hombres.

Corolario 2.2. La proporción de mujeres fumadoras será significativamente superior a la de los hombres.

Corolario 2.3. A mayor edad aumentará tanto el consumo de alcohol en cualquiera de sus formas como el de tabaco.

Corolario 2.4. A mayor edad se dará un aumento de la cantidad de tabaco o alcohol consumido estableciéndose diferencias significativas con respecto a los grupos de menor edad.

HIPÓTESIS 3. En el grupo de adolescentes con un consumo reciente de cannabis, existirán diferencias significativas en función de variables sociodemográficas.

Corolario 3.1. La proporción de hombres consumidores de cannabis será superior a la de las mujeres.

Corolario 3.2. El mayor porcentaje de consumidores se dará en el rango de mayor edad.

Corolario 3.3. La edad media de inicio será mayor para el cannabis que para el tabaco y el alcohol.

HIPÓTESIS 4. Se hallará un patrón típico de consumo con pautas más cercanas al policonsumo que al consumo único en el que el uso de cualquiera de las drogas de iniciación implique un mayor uso diferencial de cualquiera de las otras dos.

HIPÓTESIS 5. La sintomatología depresiva será mayor en los consumidores de tabaco, alcohol y cannabis.

HIPÓTESIS 6. La estructura y composición familiar serán predictores del consumo de drogas.

Corolario 6.1. El número de hermanos no predice un mayor uso de alcohol, tabaco y cannabis, y por tanto no resultará significativo.

Corolario 6.2. La convivencia con personas distintas a los padres o con uno solo de los progenitores predice un mayor uso de drogas iniciación.

HIPÓTESIS 7. El rendimiento académico será menor en los consumidores de tabaco, alcohol y cannabis.

HIPÓTESIS 8. La reacción de la familia ante el consumo será una variable predictora del consumo de drogas de iniciación.

Corolario 8.1. La reacción del padre, madre, hermanos o hermanas, abuelos u otras personas de la familia en forma de disgusto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis por parte del adolescente será predictor de un menor uso de drogas.

HIPÓTESIS 9. El consumo y la actitud hacia las drogas por parte de los amigos, y las actividades de riesgo que realizan conjuntamente con sus iguales como la frecuencia de realización de actividades de ocio y tiempo libre está relacionado con potencial consumo (e.g., ir a salas recreativas) y serán un pronosticador significativo del consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 10. La percepción del adolescente de la facilidad que tiene para conseguir drogas aumentará la probabilidad del consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 11. La carencia de afecto o el maltrato familiar, el consumo de drogas por parte de la familia y la existencia de conflicto familiar serán predictores del consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 12. Las actitudes y conductas familiares que previenen sobre los peligros de consumir como lo son las normas y advertencias familiares respecto al uso y riesgo del consumo de drogas serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 13. Una buena calidad, variedad y frecuencia de actividades con la familia y de ocio serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 14. Una relación adecuada del adolescente con aspectos escolares y un estilo educativo familiar democrático (consistencia de la familia al marcar las normas familiares y un establecimiento de las mismas por mutuo acuerdo), serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

HIPÓTESIS 15. Aquellas puntuaciones más bajas obtenidas en los valores de la coximetría serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

CAPÍTULO 6
MÉTODO



6.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 833 sujetos de los cuales 126 casos fueron excluidos por poseer en los instrumentos información incompleta o mal cumplimentada. Así, finalmente el número de sujetos que formaron parte del estudio fue de 707 (365 varones y 342 mujeres), estudiantes de Educación Secundaria, 262 pertenecían al I.E.S Maciá Abela y 445 al I.E.S. Canónigo Manchón. Sus edades estaban comprendidas entre 11 y 17 años con una edad media de 14,01 y una desviación típica de 1,33. Todos ellos estaban escolarizados en los cursos de primero a cuarto (25,6% en 1º de ESO, 28,4% en 2º de ESO, 23,6% en 3º de ESO y 21,2% en 4º de ESO), excepto 8 sujetos (1,1%) que pertenecían a otras categorías tales como Programas de garantía social. Entre los participantes, 615 tenían dos hermanos o menos (87%) y sólo 92 de ellos tenían tres hermanos o más (13%).

La mayoría de estudiantes que formaron parte del estudio convivían con ambos padres (85,7%). 77 sujetos convivían con su padre o su madre solo (10,9%), 6 con abuelos y/o tíos (0,8%), 15 con otros familiares (2,1%) y 3 sujetos convivían con otras personas (0,4%). En cuanto al nivel académico de los participantes, 504 sujetos no habían repetido ningún curso (71,3%) y su nota media era de 2,46 con una desviación estándar de 0,95 y un rango entre los valores 1 y 5. Un total de 173 estudiantes había repetido un curso (24,5%) y el 3,5% era repetidor de dos cursos.

6.2. INSTRUMENTOS

Teniendo en cuenta los criterios generales de la investigación, se preparó una batería de instrumentos de evaluación que se adecuase a los objetivos. En primer lugar se realizó una revisión de los instrumentos más relevantes empleados en nuestro país para el análisis de factores ligados al uso/abuso de drogas. En segundo lugar, se consideró la población de referencia como la amplitud del instrumento que fue presentado en una única sesión por grupo aula simultáneamente con la evaluación personalizada a los alumnos en la coximetría, por lo que se buscó una forma de presentarlo lo más amena posible, intentando intercalar distintos formatos de presentación. Finalmente, tras la realización de una aplicación piloto, se adaptaron los ítems de consumo y se elaboró la versión final de la batería de instrumentos.

a) Autoinformes

Cuestionario de consumo de drogas

El cuestionario está compuesto por 10 ítems capaces de detectar la frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante el último mes. La escala de respuesta es para el tabaco, el alcohol y el cannabis, respectivamente: 1) nunca o de 1 a 2 cigarrillos, una copa o una vez al mes, 2) de 5 a 10 cigarrillos a la semana, 2 ó 3 copas o veces al mes, 3) de 10 a 20 cigarrillos, de 1 ó 2 copas o veces a la semana, 4) de 10 a 20 cigarrillos al día, 3 ó más copas o veces a la semana y 5) 20 ó más cigarrillos, 1 copa o 1 vez ó más al día. Además se indaga la edad de inicio de consumo en cada una de las sustancias incluidas.

Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes

El cuestionario FRIDA (Secades et al. 2006) se compone de 90 ítems agrupados en 19 subescalas, y evalúa variables interpersonales que están relacionadas con factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes. Los ítems se responden en una escala Likert. La escala de respuesta no es idéntica en todas las subescalas. El número de alternativas es variable (entre 3 y 5 alternativas). Estos grupos de ítems hacen referencia a la situación actual del adolescente en diversos ámbitos de su vida que están relacionados con la probabilidad de consumir drogas. Se trata de hacer una aproximación a la probabilidad que el sujeto tiene, en el momento de aplicación del cuestionario, de consumir alguna sustancia psicoactiva en función de las puntuaciones en los distintos factores de riesgo que se miden con este instrumento. En definitiva, las puntuaciones del cuestionario indican el grado de vulnerabilidad del joven hacia el consumo de drogas.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante componentes principales y rotación varimax, como hicieron los autores del cuestionario (Secades et al., 2006) para el estudio de la dimensionalidad de la prueba y así distinguimos siete factores, como hace el análisis original, salvo que en este caso alguno de los ítems no poseen cargas demasiado altas además de cargar en varios factores a la vez y de forma similar.

-
- El primer factor está formado por los tres primeros bloques de ítems (del 1 al 15). Estos ítems miden la reacción de los familiares ante un posible consumo de drogas legales o ilegales. A ese factor se le da el nombre de Reacción de la familia ante el consumo.
 - El segundo factor se corresponde con los tres bloques siguientes (ítems 16 a 27). Estos ítems evalúan la actitud de los amigos ante las drogas, su nivel de consumo y el tipo de actividades que se pueden realizar con ellos. A éste factor se le denominó Grupo de amigos.
 - El tercer factor integra los ítems 28 a 35, que evalúan la percepción del sujeto sobre la facilidad de acceso a las drogas en su entorno. Este factor recibe el nombre de Acceso a las drogas.
 - El cuarto factor está formado por los ítems 37 a 51, que miden los aspectos relacionados con el trato familiar (cuidado o maltrato), el consumo familiar de drogas y la percepción de conflicto familiar. Por ello a éste factor se le ha denominado Riesgo familiar.
 - El quinto factor incluye los ítems 52 a 58, que miden la educación que el adolescente recibe por parte de su familia respecto al tema de las drogas. Se le ha dado el nombre de Educación familiar en drogas.
 - El sexto factor se corresponde con el bloque de ítems 59 a 81, que evalúan situaciones no peligrosas, calidad de relación con la familia y variables del ámbito académico. Éste factor recibe el nombre de actividades protectoras.
 - El séptimo y último factor abarca los ítems 82 a 90. Estos ítems miden la existencia o no de normas familiares y quien establece dichas normas por lo que se le ha dado el nombre de Estilo educativo.

Con este análisis se puso a prueba la dimensionalidad del cuestionario y, de acuerdo con los datos, parece adecuado considerar una variable de medida unidimensional que iría desde un bajo riesgo o vulnerabilidad hasta un alto riesgo para el consumo de sustancias. Cuando se intenta extraer más de un factor, se puede observar cómo los distintos ítems del cuestionario se agrupan en función de factores o elementos de riesgo ante el consumo.

Tabla 6.1. Matriz de correlaciones entre los factores del Frida.

	Reacción familia	Grupo amigos	Acceso drogas	Riesgo familiar	Educación familiar	Actividades protectoras
Grupo amigos	.47					
Acceso drogas	.31	.48				
Riesgo familiar	.21	.21	.16			
Educación familiar	.03	.04	.11	.01		
Actividades protectoras	.28	.25	.24	.23	.02	
Estilo educativo	.35	.37	.38	.17	.11	.38

El análisis factorial agrupó los 90 ítems en 7 factores que se corresponden con factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas. De ellos, la familia, la escuela y el grupo de amigos son los tres ámbitos que conforman el contexto más cercano al sujeto y que, sin duda, guardan relaciones muy estrechas (interdependencias) entre ellos y con el consumo de drogas.

Se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para el total de los ítems y para cada subescala. El valor alfa que informa de la fiabilidad del cuestionario ha sido de 0.897 y la de cada factor por separado encuentra que “riesgo familiar” (Factor IV; $\alpha = .504$) y “educación familiar” (Factor V; $\alpha = .587$) presentan una fiabilidad moderada. Los factores restantes obtienen unos alfa elevados, con los siguientes valores: el factor I, reacción de la familia $\alpha = .88$, factor II, grupo de amigos $\alpha = .81$, factor III, acceso a drogas, $\alpha = .88$, factor VI, actividades protectoras, $\alpha = .71$, y factor 7, estilo educativo, $\alpha = .75$.

Cuestionario de Depresión de Beck para niños

El Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs y Beck, 1977) evalúa el grado de sintomatología depresiva de niños y/o adolescentes. Está formado por 27 ítems con tres alternativas de respuesta, entre las que el adolescente elige aquella que mejor describe su estado en las dos últimas semanas. Las tres alternativas equivalen a:

- Ausencia de depresión
- Presencia de depresión no incapacitante
- Presencia de depresión incapacitante

Para evitar la tendencia a señalar siempre la misma alternativa, los ítems varían el orden y evalúan las principales características de la depresión: disforia, anhedonia, alteraciones psicofisiológicas (suelo, cansancio, apetito), autoconcepto, autoestima, sentimientos de culpa, distorsiones cognitivas, indecisión, ideas de suicidio, etc., así como sus repercusiones negativas en el área escolar y social. El cuestionario tiene unas adecuadas propiedades psicométricas. Su fiabilidad es alta, oscilando entre 0,71 y 0,94 y la estabilidad temporal entre 0,38 y 0,87. Los estudios sobre su validez la establecen entre 0,78 y 0,84.

b) Registros fisiológicos

Para la evaluación del consumo de tabaco se administró una prueba de análisis del monóxido de carbono en aire espirado. El *Smoke Chek* es un equipo portátil para medir la concentración del monóxido de carbono (CO) en la respiración. Se utiliza principalmente en programas institucionales para dejar de fumar, para comprobar los progresos y el cumplimiento por parte del paciente.

El *Smoke Chek* o “coxímetro” está basado en una célula electroquímica que funciona a través de la reacción del monóxido de carbono con un electrolito que está en uno de los electrodos. En el otro electrodo hay oxígeno que proviene del aire ambiente. Esta reacción química genera una corriente eléctrica que es proporcional a la concentración de CO. La salida de la célula está conectada a un microprocesador que se encarga de detectar los picos de la concentración de CO en la espiración de gas alveolar. El monóxido de carbono en el aliento se mide en partes por millón (ppm CO) y la carboxihemoglobina de la sangre, en porcentaje (%COHb). Las dos magnitudes son compatibles y convertibles, y el CO tiene relación con el pulmón / el aliento y la COHb con el gas sanguíneo. El coxímetro muestra ambas mediciones. Las lecturas de CO demuestran los niveles de CO tóxico inhalado, mientras que la lectura de COHb muestra el porcentaje de oxígeno vital que ha sido sustituido en el torrente sanguíneo. La medición abarca como promedio cinco horas de metabolización. Se ha encontrado que el punto de corte entre los fumadores y los no fumadores es de 6 ppm de CO. Así el coxímetro muestra que en adultos un no fumador, el valor es de 0 – 6 ppm de CO, un fumador de baja dependencia tiene valores de 7 – 15 ppm y los fumadores muy adictos tienen más de 15 ppm.

Los resultados aparecen en cuatro rangos en la pantalla LCD. Luces de aviso indican al instante el nivel de tabaquismo. Una de las características especiales del

Smoke Chek es su estabilidad en la calibración y su baja sensibilidad a otros gases exhalados como el hidrógeno. Además permite realizar un test sencillo para la determinación indirecta del consumo de cigarrillos y es ampliamente utilizado en los programas de cese de consumo. Valores tipo para CO espirado en fumadores, junto con el nivel de alarma visual, se indican a continuación en la tabla 6.2.

Tabla 6.2. Criterios de valoración de coximetría por partes por millón de monóxido de carbono (ppmCO) y su equivalencia descrita en grados de fumador.

INDICADOR.	Descripción	Adulto (ppm)	Adolescente (ppm)
Verde	No fumador	0 – 6	0- 4
Amarillo	Zona de peligro	7 – 10	5 – 6
1 Rojo	Fumador	11 – 15	7 – 10
2 Rojos	Fumador frecuente	16 – 25	11- 15
3 Rojos	Fumador adicto	26 – 35	16 – 25
4 Rojos	Fumador muy adicto	36 – 50	26 – 35
4 Rojos parpadeando	Fumador peligrosamente adicto	> 50	> 35

6.3. PROCEDIMIENTO

La selección y reclutamiento de la muestra se llevó a cabo estableciendo una serie de criterios de inclusión que debían cumplir los centros de enseñanza participantes en el estudio. El objetivo fue delimitar la inclusión de todos los posibles candidatos en función de los objetivos perseguidos y de la posibilidad de acceso a los mismos, facilitando, así el procedimiento y la implementación de los instrumentos de evaluación. En este primer paso, para ser considerados, los centros debían cumplir los siguientes requisitos:

1. Impartir todos los cursos de Enseñanza Secundaria o primero y segundo de Formación Profesional para poder acceder a la población de referencia.
2. Que contara con todos los cursos de Educación Secundaria o Formación Profesional, y el suficiente número de alumnos en cada una de las clases, con el fin de no afectar a la representatividad de la muestra seleccionada.

3. Estar ubicados en distintas zonas de una misma localidad. El objetivo era obtener una muestra en la que estuvieran representados, en la medida de lo posible, todos los niveles socioeconómicos y culturales.
4. Disponer de un Departamento de Orientación a través del cual poder organizar la implementación del proceso de evaluación.
5. Mostrar un interés inicial en el desarrollo de estudios relacionados con la problemática juvenil con respecto al uso de drogas en un primer contacto telefónico en el que se exponían las bases de la investigación, facilitando, así, la posibilidad de desarrollarla dentro del ámbito escolar.

Una vez realizado este primer paso, se dispuso del total de los institutos del municipio de Crevillente que cumplían los requisitos especificados y tenían características similares. Después de las oportunas entrevistas de presentación, se introdujo el proyecto de investigación en cada uno de los centros a través de los departamentos de orientación. A ambos se les indicó que recibirían un informe de los resultados obtenidos y la colaboración por parte del equipo investigador para realizar cualquier tipo de intervención de carácter preventivo. Al mismo tiempo, se les ofreció la posibilidad de establecer un programa de conferencias tanto para profesores como para padres de alumnos referidas a la intervención y prevención del uso de sustancias adictivas en la población adolescente.

Los dos únicos centros existentes de educación secundaria de la población de Crevillente son aquellos sobre los que se intervino. La población de Crevillente es una población de 29.000 habitantes situada al sur de la Provincia de Alicante con unas características demográficas cargadas de inmigración fundamentalmente de los países del Magreb y de Sudamérica. Ésta población ofrece el volumen suficiente de adolescentes para ser analizados como una muestra media del análisis de consumo de drogas de iniciación de la Provincia de Alicante. Además, el hecho de ser posible analizar a la práctica totalidad de adolescentes que comprenden el periodo de edad de educación secundaria de toda una localidad y con un número elevado de alumnos impulsó a realizar el análisis en dicha población.

Los dos Centros de Educación Secundaria Obligatoria que participaron en la investigación fueron los siguientes:

- IES Canónigo Manchón de Crevillente (Alicante).
- IES Maciá Abela de Crevillente (Alicante).

Una vez seleccionados los centros colaboradores, se procedió a la evaluación en las aulas con la ayuda de estudiantes de 4º de psicología. El proceso de evaluación se realizó a final de marzo de 2007, iniciando la recogida de datos en el horario escolar. Este proceso de evaluación se llevó a cabo en los centros escolares en los días y horas marcados por los coordinadores. La aplicación del instrumento de evaluación se realizó siempre de forma colectiva contando con aquellos alumnos que estuvieran presentes en ese momento. En cada aula se encontraban siempre dos de los evaluadores entrenados, en ausencia de los profesores con el fin de evitar que el alumnado se sintiera intimidado por estos últimos a la hora de contestar a ciertas preguntas relacionadas con el consumo o con el ambiente escolar. La duración de la prueba era aproximadamente de 55 minutos.

Una vez que se les entregaba el cuestionario a los jóvenes, se les instruía para su cumplimentación. Las instrucciones eran siempre las mismas, poniendo especial énfasis en la confidencialidad de los datos. A continuación, se realizaban algunas aclaraciones de forma colectiva con respecto a varios ítems del cuestionario que generaban dudas para su cumplimentación y podían interrumpir el óptimo desarrollo de la prueba. Los cuestionarios eran recogidos en el momento en el que los sujetos iban terminando, con el fin de evitar la posibilidad de doble respuesta. Una vez recogidas todas las pruebas, los evaluadores se ofrecían para responder a preguntas y realizar todas las aclaraciones posibles en relación al desarrollo de las mismas o con el proyecto de investigación en su totalidad.

6.4. VARIABLES

A) Variables dependientes

En el estudio se utilizaron un total de 3 variables dependientes que se corresponden con las sustancias de consumo que forman parte del estudio de investigación:

1. Tabaco. Medido en dos momentos;

Primero en función de cuestionario ad-hoc de tres subvariables:

a- Consumo durante los últimos 30 días.

b.- Frecuencia de consumo. (Nunca o 1 ó 2 cigarrillos al mes, 5 a 10 cigarrillos al mes, 10 a 20 cigarrillos por semana, 10 a 20 cigarrillos al día y 20 ó más cigarrillos al día).

Seguido por el pase del coxímetro que iba dando una puntuación adecuada al consumo de tabaco activo o pasivo realizado durante las últimas 5 horas.

2. Alcohol. Medido en función de cuestionario ad-hoc de tres subvariables:

a.- Consumo durante los últimos 30 días.

b.- Frecuencia de consumo. (Nunca o 1 copa al mes, 2 ó 3 copas al mes, 1 ó 2 copas por semana, 3 ó más copas por semana y 1 copa ó más al día).

3. Cannabis. Medido en función de cuestionario ad-hoc de tres subvariables:

a.- Consumo durante los últimos 30 días.

b.- Frecuencia de consumo. (Nunca o 1 vez al mes, 2 ó 3 vez al mes, 1 ó 2 vez por semana, 3 ó más vez por semana y 1 vez ó más al día).

B) Variables independientes

En conjunto, se consideraron un total de 18 variables de las cuales noventa se evaluaron a través de ítems integrados en el formato de encuesta y, tres fueron analizadas a través de la escala de evaluación psicológica de medición de depresión. A continuación, se presenta el listado de todas ellas agrupadas en función de los factores globales a los que hacen referencia.

Variables sociodemográficas

1.- Edad

2.- Género

3.- Curso

4.- Centro IES

5.- Variables psicológicas

– Ausencia de depresión.

– Presencia de depresión no incapacitante.

– Presencia de depresión incapacitante.

VARIABLES DE SOCIALIZACIÓN.

I. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

6.- Número de hermanos.

7.- Datos de convivencia: Convive con los padres. Convive con uno de los padres. Convive con otras personas distintas a los padres: abuelos, otros familiares u otras personas diferentes a la familia.

II. RENDIMIENTO ACADÉMICO

8.- Nota media global en el último curso.

9.- Número de cursos repetidos.

III. REACCIÓN DE LA FAMILIA ANTE EL CONSUMO

10.- En este factor se incluye la reacción que tendrían los familiares ante el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas:

IV. GRUPO DE AMIGOS/ IGUALES

11.- En este factor se evalúa el consumo y actitudes hacia las drogas por parte de sus amigos, y las actividades de riesgo que realizan conjuntamente con sus iguales.

V. ACCESO A LAS DROGAS

12.- Se refiere a la percepción del adolescente de la facilidad o dificultad que tiene para conseguir drogas.

VI. RIESGO FAMILIAR

13.- Se valora el afecto o el maltrato familiar, el consumo de drogas por parte de la familia y la percepción del adolescente sobre el conflicto familiar.

VII. EDUCACIÓN FAMILIAR EN DROGAS

14.- Este factor comprende las normas y advertencias familiares respecto al uso y riesgo del consumo de drogas.

VIII. ACTIVIDADES PROTECTORAS

15.- Engloba la calidad de la relación con la familia, variables escolares, uso del tiempo libre y actividades con la familia.

IX. ESTILO EDUCATIVO

16.- En este factor se evalúan tanto las normas familiares como las personas que las establecen.

17.- Edad de inicio en el consumo.

18.- Coximetría.

También se utilizó el consumo de las otras sustancias como variables independientes mientras se realizaban los análisis de cada una de ellas por separado. Por ejemplo, al analizar el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el de cannabis pasaban a ser variables dependientes de la predicción del consumo de tabaco.

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogidos todos los cuestionarios, el primer paso fue proceder a la eliminación de todos aquellos que no habían sido correctamente cumplimentados, bien por no haber contestado a todos los ítems o bien por contar con la indicación expresa de cualquiera de los miembros del equipo de campo que dudara de la veracidad de los datos aportados. Con posterioridad se pasó a codificar todas las variables con sus alternativas de respuesta introduciendo los resultados en una base de datos creados para este fin. Se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos en fases consecutivas en función de los objetivos de investigación propuestos empleando el paquete estadístico SPSS 14.0 (2007) y 15.0 (2008).

Para el análisis descriptivo de los resultados se calcularon, por un lado, las medias y las desviaciones típicas para las variables cuantitativas y, por otro, el rango y las frecuencias para las variables categóricas. Se realizó un estudio de los porcentajes de prevalencia de consumo alguna vez, en los últimos seis meses (consumo reciente) y en los últimos treinta días (consumo frecuente) para cada una de las sustancias consideradas.

El grupo de consumidores y no consumidores fueron comparados en las diferentes variables independientes analizadas mediante t-student para las medidas cuantitativas y tablas de contingencia y chi-cuadrado para aquéllas categóricas.

A continuación se describe cómo quedaron finalmente codificadas las variables categóricas: 1) Sexo: hombre (0), mujer (1); 2) convivencia, dada la poca frecuencia de

sujetos en las categorías que hacen referencia a vivir con otros que no sean los progenitores o a vivir con tan sólo uno de los progenitores, éstas se agruparon como una sola categoría denominada “otros”, quedando codificada la variable como: con ambos padres (0), otros (1); 3) repetir cursos, ocurría lo mismo que con convivencia, por lo tanto, quedó codificada como: ningún curso repetido (0), 1 ó dos cursos repetidos (1), 3 ó más cursos repetidos (2) y, finalmente 4) la variable número de hermanos se codificó integrando aquellas categorías que indicaban 3 y 4 hermanos en una sola, así quedó como: ningún hermano (0), 1 ó 2 hermanos (1) y 3 ó más hermanos (2).

Las diferencias entre consumidores (codificado como 0) versus no consumidores (codificado como 1) se examinaron mediante regresión logística univariante y multivariante, así se obtuvieron los tamaños del efecto medidos en Odds-ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% utilizando la aproximación de Woolf. Dada la codificación los OR superiores a 1 en medidas cuantitativas serán variables cuyas puntuaciones altas tienen un mayor efecto en el patrón de los no consumidores y para aquellas cuyo OR sea menor 1 serán en las que valores altos de las mismas tendrán un mayor efecto entre los consumidores. En los modelos univariantes las variables pueden ser significativas siempre que no se incluya el valor nulo, $OR = 1$ en el intervalo de confianza, aunque posteriormente dicha variable es posible que deje de afectar al consumo cuando se controla por otros factores. Así pues, para los modelos multivariantes las variables fueron introducidas jerárquicamente bajo dos criterios: 1) según el grupo conceptual al que pertenecía dicha variable, dando como resultado diferentes modelos integradores y 2) en función de su significación para predecir el consumo mediante una regresión logística por pasos.

Finalmente, se ha llevado a cabo un análisis de discriminación de la frecuencia del consumo de cada sustancia en función de las distintas variables individuales y de socialización. Así, para las variables categóricas se ha desarrollado una tabla de contingencias junto con la prueba chi-cuadrado de significación y para las cuantitativas se presenta una tabla con los coeficientes tau de Kendall, $\tau_{Kendall}$. Por lo tanto, por un lado, diremos que hay diferencias significativas en la frecuencia del consumo en función de las categorías de la variable independiente, si la prueba chi-cuadrado es significativa. Y, por otro lado, los coeficientes $\tau_{Kendall}$ nos indicarán la relación entre la variable ordinal que hace referencia a la frecuencia del consumo y los factores cuantitativos incluidos en este trabajo.

Para este último análisis las variables de frecuencia del consumo se han recodificado con tan sólo cuatro categorías debido al escaso número de sujetos que había sistemáticamente en la última categoría de la codificación original. De esas categorías se incluirán en el análisis tan sólo las que hacen referencia a los consumidores, es decir, previamente se han seleccionado la submuestras de consumidores. Así pues, entre los sujetos que consumían, distinguimos finalmente cuatro categorías para el tabaco, el alcohol y el cannabis, respectivamente: 1) 1 ó 2 cigarrillos, 1 ó 2 copas o 1 ó 2 veces al mes, 2) de 5 a 10 cigarrillos a la semana, de 2 a 3 copas o veces al mes, 3) de 10 a 20 cigarrillos, de 1 a 2 copas o veces a la semana y 4) más de 10 cigarrillos al día, más de 3 copas o veces a la semana.

Para acabar con el análisis de discriminación, el efecto de las variables cuantitativas se evaluó integrándolas en un solo modelo con el fin de proveer de información más completa y exacta acerca de lo que diferencia la frecuencia de consumo.



CAPÍTULO 7
RESULTADOS



Los resultados se presentan en dos apartados diferenciados. El primero corresponde a las características del consumo. Se presentan las tasas de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, y las variables relacionadas con las pautas de consumo. El segundo apartado está dedicado a los resultados de los análisis de regresión logística y discriminación realizados para la predicción del consumo en función de las características individuales y de socialización. La sección se divide en tres subapartados, uno para el análisis de cada sustancia. Dentro de cada subapartado se distinguen tres análisis: el univariante, el multivariante para la comparación de los dos grupos analizados, consumidores versus no consumidores, y el análisis discriminativo para las categorías de la frecuencia de consumo.

7.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO

La sustancia que presenta una mayor tasa de consumo es el alcohol (38,8%) frente al tabaco (21,8%) y el cannabis (11,6%). La edad media de inicio al consumo más temprana corresponde al tabaco, cuyo inicio se da a los 12,8 años. Le sigue el alcohol (13,4 años) y por último el cannabis (13,8 años) (véanse las tablas 7.1 y 7.2).

Tabla 7.1. Tabla descriptiva de frecuencia y porcentaje de consumo.

	Tabaco		Alcohol		Cannabis	
	N	%	N	%	N	%
Consume	154	21.8	274	38.8	82	11.6
No consume	553	78.2	433	61.2	625	88.4
Total	707	100	707	100	707	100

Tabla 7.2. Edad de inicio al consumo.

Edad de inicio	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Tabaco	154	8	17	12.84	1.54
Alcohol	274	7	17	13.39	1.35
Cannabis	82	10	17	13.83	1.30

La pauta de consumo mayoritaria en el caso del alcohol es de consumo esporádico, con una gran mayoría (79,9%) de escolares que no lo consumen o solo una vez al mes. En el caso del tabaco el consumo también es muy esporádico (88,5%), aunque hay una proporción notable de adolescentes que fuman más regularmente (véase la Tabla 7.3). Respecto al consumo de cannabis, destaca un 3% de consumidores mensuales (2-3 unidades) y semanales (3%).

Tabla 7.3. Tabla descriptiva de frecuencia y porcentaje de consumo de las tres sustancias en cinco categorías por cantidades de consumo.

	Frecuencia	N	%
Tabaco	Nunca ó 1 - 2 cigarrillos/mes	626	88.5
	5 - 10 cigarrillos/semana	39	5.5
	10 - 20 cigarrillos/semana	19	2.7
	10 - 20 cigarrillos/día	19	2.7
	20 ó + cigarrillos/día	4	.6
	Total	707	100
Alcohol	Nunca ó 1 copa / mes	565	79.9
	2 - 3 copas / mes	86	12.2
	1 - 2 copas / semana	30	4.2
	3 o + copas / semana	25	3.5
	1 copa o + / día	1	.1
	Total	707	100
Cannabis	Nunca o 1 vez / mes	665	94.1
	2 - 3 veces/ mes	21	3.0
	1 - 2 veces/semana	8	1.1
	3 ó + veces semana	9	1.3
	Todos los días	4	.6
	Total	707	100

Tabla 7.4. Edad media de inicio por frecuencia de consumo.

Edad en medias del consumo de la muestra por sustancias	Consumo nunca o rara vez (1-2 cigarrillos al mes o 1 copa o porro/mes)	Consumo esporádico (5-10 cigarrillos/mes o 2-3 copas o porros/mes)	Consumo habitual (10-20 cigarrillos/semana o 1-2 copas o porros/semana.	Consumo frecuente (> 10 cigarrillos/día o > 3 copas o porros/día)	Media total de la muestra
Tabaco	14.67	14.92	15.31	15.30	14.9
Alcohol	14.48	14.89	15.1	15.2	14.74
Cannabis	14.87	15.09	15.25	15.76	15.1

Conforme se observa en la tabla anterior, el consumo de cada una de las sustancias aumenta en cantidad con la edad, si bien el consumo habitual y frecuente a edad más temprana es para el alcohol cuya media de edad entre ambas frecuencias de consumo está separada por un mes de diferencia en edad.

El análisis de las puntuaciones en la medición de monóxido de carbono en aire espirado indica que el 14% de la muestra fuma en mayor o menor medida. Este dato, que abarca como media las cinco horas anteriores a la medición, es notablemente

inferior al autoinforme de consumo de tabaco, que indicaba una tasa un 8% mayor. En la tabla 7.5 se muestran las frecuencias y porcentajes de diagnóstico mediante el *Smoke Chek* en la muestra completa y según el tipo de consumo.

Tabla 7. 5. Análisis de la variable coximetría por consumidores o no de tabaco y/o cannabis.

Coximetría	Toda la muestra		No fumadores de tabaco ni cannabis		Fumadores de tabaco		Fumadores de cannabis	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No fumador	608	86.0	514	94.0	89	57.8	38	46.3
Zona de peligro	48	6.8	27	4.9	20	13.0	12	14.6
Fumador	32	4.5	2	.4	30	19.5	20	24.4
Fumador frecuente	11	1.6	2	.4	9	5.8	7	8.5
Fumador adicto	8	1.1	2	.4	6	3.9	5	6.1
Total	707	100	547	100	154	100	82	100

7.2. PREDICCIÓN DEL CONSUMO

7.2.1. Análisis del consumo de tabaco

7.2.1.1. Análisis univariante

En las tablas 7.6 y 7.7, para las variables cuantitativas en el primer caso y para las variables categóricas y ordinales en el segundo caso, se muestran los tamaños del efecto y los correspondientes estadísticos descriptivos de cada grupo, medidos en Odds-ratio (OR) o razón de ventajas.

Existen diferencias significativas en todas las variables al comparar los adolescentes fumadores con los no fumadores, excepto en el factor que hace referencia a la educación familiar sobre drogas del cuestionario FRIDA. Destacan especialmente las diferencias entre los fumadores y no fumadores en cuanto al consumo de otras sustancias y al rendimiento académico. Así pues, respecto al consumo de cannabis y alcohol es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 22.72 y OR = 88.82, respectivamente), igualmente, el rendimiento académico es peor entre los fumadores dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido algún curso que los no fumadores (OR = 2.08 y OR = 3.59, respectivamente).

Las tendencias en el resto de variables relacionadas con el consumo se describen del siguiente modo, la edad media de los fumadores es significativamente

mayor que la de los no fumadores (OR = 0.48). Los adolescentes que fuman es más probable que vivan con sus dos padres en comparación con los no fumadores (OR = 0.60). En cuanto al sexo, hay mayor probabilidad de ser hombre entre los no fumadores que entre los fumadores (OR = 1.46). La mayor probabilidad del consumo está relacionada con la vulnerabilidad al mismo respecto a las variables que hacen referencia a las relaciones familiares y con el grupo de iguales, es decir, éstas presentan tamaños del efecto significativos beneficiando al consumo de tabaco. En consecuencia, es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a: la reacción familiar, es decir, una reacción familiar de indiferencia ante el consumo (OR = .91), un grupo de amigos fumadores (OR = .71), facilidad al acceso de las drogas (OR = .89), riesgo familiar, es decir, una relación familiar problemática (OR = .90), una realización escasa de actividades protectoras ante el consumo (OR = .92), un estilo educativo no democrático (OR = .92) y aunque no de forma significativa, conviene resaltar que también favorece al consumo una educación familiar en drogas vulnerable al mismo (OR = 0.98). Por otro lado, la sintomatología depresiva aparece también asociada al consumo de tabaco, es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores (OR = .93). Y, para acabar, las puntuaciones en la coximetría son más altas entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 0.70).

Tabla 7.6. Características sociodemográficas, psicológicas y de socialización de consumo de tabaco (variables cuantitativas)

	Fumadores (N = 154)		No fumadores (N = 553)		t	OR	95% IC
	M	DE	M	DE			
Edad	14.91	1.24	13.76	1.24	10.15**	0.48	0.41- 0.57**
Nota media	2.02	0.81	2.59	0.99	-7.40** ^a	2.08	1.66 – 2.61**
Reacción de la familia	36.36	10.47	26.53	9.77	10.87**	0.91	0.89 – 0.93**
Grupo amigos/ iguales	24.75	4.74	17.83	3.99	16.53** ^a	0.71	0.68 – 0.75**
Acceso a drogas	25.35	6.82	18.26	7.82	11.03** ^a	0.89	0.87 – 0.91**
Riesgo familiar	28.55	5.25	26.12	4.70	5.53**	0.90	0.87 – 0.94**
Educación familiar drogas	17.57	4.06	17.22	4.53	0.87	0.98	0.94 - 1.02
Actividades protectoras	41.62	6.11	38.43	6.65	5.35**	0.92	0.90 – 0.95**
Estilo educativo	31.05	7.42	26.39	7.52	6.83**	0.92	0.90 – 0.94**
Coximetría	5.23	4.18	2.61	1.74	7.61** ^a	0.70	0.64 – 0.76**
Depresión	13.56	6.60	10.45	6.16	5.45**	0.93	0.90 – 0.95**

*p < .05; **p<.01; ^a No igualdad de varianzas; ^b Grupo de referencia; N = tamaño muestral; M = Media; DE = Desviación Estándar

Tabla 7.7. Características sociodemográficas, psicológicas y de socialización de consumo de tabaco (variables categóricas y ordinales)

	Fumadores (N = 154)		No fumadores (N = 553)		χ^2	OR	95% IC
	N	%	N	%			
	Sexo						
Hombre	68	44.2	297	53.7	4.4*	1.46	1.02 – 2.10*
Mujer	86	55.8	256	46.3			
Convivencia							
Con ambos padres	124	80.5	482	87.2	4.34*	0.60	0.38 - 0.97**
Con uno de ellos u otros	30	19.5	71	12.8			
Repetir curso							
Ninguno	70	45.5	434	78.5		3.59	1.64 – 7.86**
Uno	73	47.4	100	18.1		0.79	0.36 – 1.77
Dos o más	11	7.1	19	3.4	64.65**	^b	
Consumo de alcohol							
Sí	136	88.3	138	25			
No	18	11.7	415	75	203.71**	22.72	13.40 – 38.52**
Consumo de cannabis							
Sí	76	49.4	6	1.1			
No	78	50.6	547	98.9	273.68**	88.82	37.42 – 210.82**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^bGrupo de referencia; N = tamaño muestral; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza.

7.2.1.2. Análisis multivariante

7.2.1.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores

Asumimos que el supuesto de no colinealidad se cumple en los modelos que se exponen a continuación. Por un lado, porque ninguno de los posibles predictores correlacionan entre sí con valores mayores a .5 (excepto, como era de esperar, la de consumo de tabaco con el de alcohol y el mismo con el de cannabis, que presentan unas correlaciones algo más altas, $r = .54$ y $r = .62$, respectivamente). Por otro lado, porque, en cuanto a los estadísticos de colinealidad evaluados, el factor de inflación de la varianza y la tolerancia, ni el primero fue mayor que 10 ni el segundo menor que 0.1, lo cual corrobora la no colinealidad entre las variables.

Tabla 7.8. Estadísticos de colinealidad en consumo de tabaco

Variable	Tolerancia	FIV
Sexo	.92	1.08
Edad	.60	1.64
Convivencia	.94	1.05
Repetir cursos	.66	1.50
Nota media	.75	1.31
Depresión	.75	1.31
FRIDA		
Reacción de la familia	.69	1.43
Grupo amigos/iguales	.47	2.10
Acceso a drogas	.64	1.55
Riesgo familiar	.82	1.22
Educación familiar drogas	.96	1.04
Actividades protectoras	.75	1.32
Estilo educativo	.68	1.47
Consumo de alcohol	.61	1.63
Consumo de cannabis	.60	1.65
Coximetría	.77	1.28

FIV = Factor de Inflación de la Varianza.

7.2.1.2.2. Variables sociodemográficas

El análisis de regresión por pasos con las variables sociodemográficas obtuvo en su último paso un modelo que sólo incluyó la variable edad porque ni el sexo ni la interacción entre ambas dieron un coeficiente logit significativo. Es decir, al controlar las diferencias entre fumadores y no fumadores por las variables de género, edad y la interacción entre ambas, el género no tiene un efecto significativo sobre dichas diferencias ni existe una interacción entre ambas características de los sujetos evaluados. Por ello se puede afirmar que entre las variables sociodemográficas sólo es significativa la edad. Así pues, se trata de un modelo univariante cuyos datos equivalen a los presentados en el apartado anterior. El resultado obtenido es por tanto el equivalente a la tabla 7.6. (OR = .48), como ya se indicaba en la sección anterior, cuanto mayor es el individuo más probable es el consumo de tabaco. Este modelo no se ajusta lo suficiente a los datos y explica menos del 20% de la variabilidad.

7.2.1.2.3. Variables de socialización

En el análisis de las variables de socialización se pretende investigar el efecto del rendimiento académico (nota media y cursos repetidos), los factores de convivencia (número de hermanos y miembros con los que convive), los factores de vulnerabilidad (componentes del cuestionario FRIDA), el consumo de otras sustancias, en este caso alcohol y cannabis, y sus posibles interacciones entre ellas en la predicción del consumo de tabaco. Se llevó a cabo nuevamente un análisis de regresión logística por pasos y en el último de ellos se obtuvo que el mejor modelo que ajustó ($\chi^2 = 5.04$, $gl = 8$, $p = .75$) explica un 63% de la varianza y la única variable que predice el consumo es el grupo de amigos, en este caso consumidores de tabaco (OR = 0.83), el resto de variables quedan excluidas del modelo pero no alguna de sus interacciones (ver tabla 7.9.). Así pues, aunque con tamaños del efecto menor que la variable grupo de amigos pero también significativas, predice el consumo de tabaco la interacción entre la educación familiar y la nota media (figura 1), es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores una educación familiar vulnerable al consumo y una nota media baja (OR = 1.03), el consumo de alcohol y de cannabis con una reacción familiar de indiferencia ante el consumo de tabaco (OR = 0.94 y OR = 0.93, respectivamente).

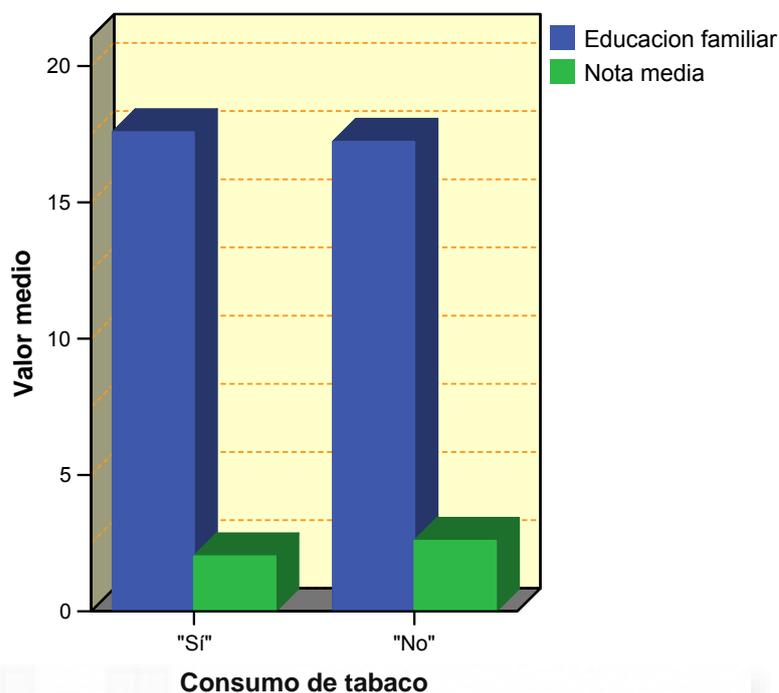
Tabla 7.9. Modelo multivariante para predecir el consumo de tabaco mediante las variables de socialización

Variable	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC	
					Inferior	Superior
Grupo amigos/iguales	-.189	.035	29.093**	.83	.773	.887
Educación familiar drogas x Nota media	.033	.009	13.949**	1.03	1.016	1.052
Consumo de alcohol x Reacción de la familia	-.058	.008	47.432**	.94	.929	.960
Consumo de cannabis x Reacción de la familia	-.076	.015	25.209**	.93	.900	.955
Constante	5.417	.811	44.608**	225.28		

B = coeficiente; OR = Odds ratio; IC = Intervalo de Confianza (95%); *p < .05; **p < .01

Por lo tanto, al integrar todas las variables de socialización en un único modelo, (tabla 7.8), observamos que muchas de las características significativas en la distinción entre fumadores y no fumadores dejan de serlo al controlar por otros factores. Así, por ejemplo, variables como la edad, el riesgo familiar, el estilo educativo y con quien convivan, entre otras, dejan de ser significativas.

Figura 1. Análisis de consumo de tabaco en relación a educación familiar y nota media.



7.2.1.2.4. Modelo integrador

Finalmente se analizan todas las variables conjuntamente, sociodemográficas, de socialización, la sintomatología depresiva y las puntuaciones en la coximetría en un único modelo para examinar cuáles de ellas o qué interacciones entre ellas son las que predicen mejor el consumo de tabaco. El modelo con mejor ajuste obtenido ($X^2 = 3.253$, $gl = 8$, $p = .917$) explica un 68% de la varianza e incluye los siguientes factores en la predicción del consumo de tabaco: en primer lugar, el consumo de cannabis está asociado con el consumo de tabaco con el mayor tamaño del efecto ($OR = 0.06$), al incluir en el modelo la variable depresión, la variable género, excluida en el modelo de variables sociodemográficas, pasa a ser significativa cuando interactúa con la sintomatología depresiva, así es más probable entre los consumidores no ser varones cuando puntúan alto en la escala CDI de depresión ($OR = 1.05$). Sigue siendo importante con el fin de predecir el consumo de tabaco buscar la interacción entre una educación vulnerable a las drogas con una nota media baja ($OR = 1.03$) (figura 1), como ocurría en el modelo de las variables de socialización. En este modelo el grupo de amigos fumadores y el estilo educativo autoritario interactúan con niveles de depresión alto siendo más probable estas características entre los fumadores que entre los no fumadores ($OR = 0.99$ y $OR = 1$, respectivamente), aunque el estilo educativo con la sintomatología depresiva presenta un tamaño del efecto casi nulo (ver figura 2). Por

último, también distingue a los fumadores de los no fumadores que los primeros presentan más consumo de alcohol con más probabilidad de tener un grupo de amigos fumadores (OR = 0.89) y la reacción de sus familias es de indiferencia cuando además sus puntuaciones en la coximetría son altas (OR = 0.99) (ver figura 3).

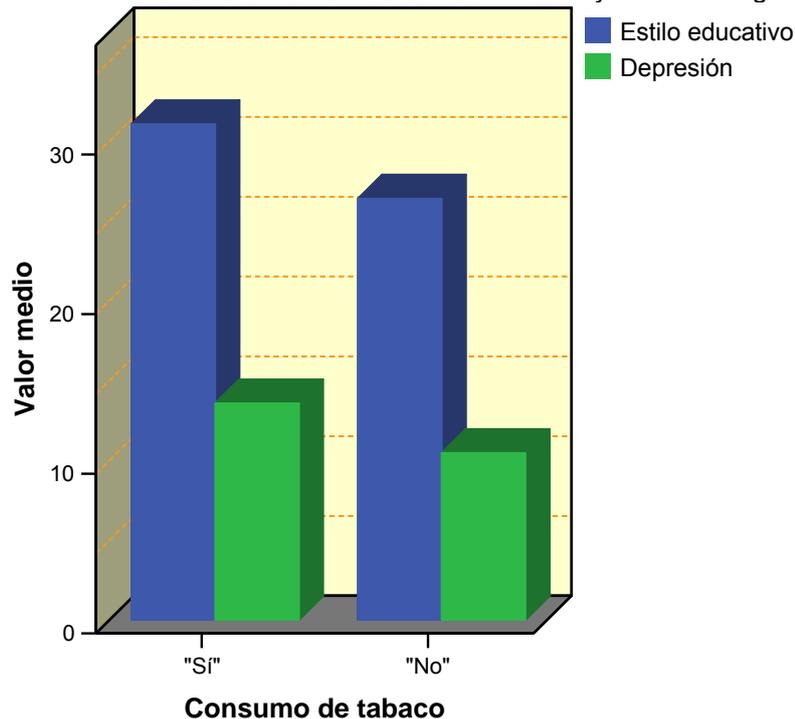
Tanto en el modelo integrador como en todos los anteriores fueron evaluados los outliers que se distanciaban en más de dos desviaciones típicas de la media muestral, pero no se obtuvo una mejora del ajuste del modelo ni de la varianza explicada por el mismo, por lo que no se consideraron esas alternativas de modelos.

Tabla 7.10. Modelo integrador multivariante para predecir el consumo de tabaco.

CONSUMO DE TABACO	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC	
					Inferior	Superior
Consumo de cannabis	-2.70	.513	27.75**	.06	.025	.183
Depresión x Sexo	.05	.021	6.27**	1.05	1.012	1.098
Educación familiar drogas x Nota media	.03	.010	12.63**	1.03	1.015	1.054
Grupo amigos/iguales x Depresión	-.00	.002	14.82**	.99	.989	.996
Estilo educativo x Depresión	.00	.001	4.73**	1.00	1.000	1.005
Consumo de alcohol x Grupo amigos/iguales	-.10	.015	51.50**	.89	.873	.925
Reacción de la familia x Coximetría	-.00	.002	18.04**	.99	.990	.996
Constant	3.19	.504	40.24**	24.51		

B = coeficiente probabilidad; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; *p < .05; **p < .01

Figura 2. Consumo de tabaco en relación a estilo educativo y sintomatología depresiva.



7.2.1.3. Análisis de discriminación

Los resultados obtenidos con el análisis de discriminación de la variable ordinal que hace referencia al consumo de tabaco se detallan en las tablas 7.11 y 7.12. En primer lugar se presentan los resultados que provienen de cada variable individual en una tabla de contingencias para las variables categóricas (tabla 7.10) y los coeficientes T_{Kendall} para conocer la relación de las variables cuantitativas con la variable dependiente ordinal, frecuencia del consumo de tabaco (tabla 7.12).

El género, el número de hermanos y el tipo de convivencia no afectan significativamente al número de cigarrillos fumados. Sin embargo, la cantidad de consumo de tabaco se discrimina significativamente entre los consumidores o no de alcohol ($\chi^2 = 8.2$, $p < .05$) y/o cannabis ($\chi^2 = 28.87$, $p < .01$), así aunque el mayor porcentaje entre los que consumen y no consumen estas otras sustancias fuman menos de 10 cigarrillos a la semana, hay muy pocos o ninguno (en el caso del alcohol) de los que no las consumen que fumen más de 10 cigarrillos al día, en cambio un 16.9% y un 25% de los que consumen alcohol y cannabis, respectivamente, fuman más de 10 cigarrillos al día (ver figuras 3 y 4).

También se discrimina significativamente el consumo en función de los cursos repetidos ($\chi^2 = 13.3$, $p < .05$), la mayoría fuman de 1 a 2 cigarrillos al mes independientemente de no haber repetido ningún curso o haber repetido un curso (61.4% y 35.6%, respectivamente), en cambio, un 43.5% de los que han repetido dos

cursos fuman de 5 a 10 a la semana, luego sólo un 8.6% de los que no han repetido ningún curso fuman más de 10 cigarrillos a la semana, sin embargo, de los que han repetido un curso, lo hacen un 21.9% (ver figura 5). Finalmente, discriminan significativamente la cantidad de cigarrillos fumados, la frecuencia con la que se bebe alcohol ($\chi^2 = 29.74$, $p < .01$) y con la que se consume cannabis ($\chi^2 = 76.64$, $p < .01$), así aunque la mayoría de los que consumen menos de 3 copas al mes o menos de 3 veces al mes cannabis son los que fuman 1 ó 2 cigarrillos al mes, un 36.4% de los que consumen 1 ó 2 copas a la semana fuman de 10 a 20 cigarrillos a la semana, un 42.1% de los que fuman más de 10 cigarrillos al día son los que toman más de 3 copas a la semana y un 87.5% de éstos que consumen tal cantidad de tabaco son los que consumen 1 ó 2 veces a la semana cannabis (figuras 6 y 7).

Tabla 7.11. Análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de tabaco de variables independientes categóricas.

Variables	Categorías	Frecuencia consumo tabaco (Nº de cigarrillos)				χ^2
		1-2 al mes	5-10 a la semana	10-20 a la semana	> 10 al día	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo	Hombre	34(50)	15(22.1)	10(14.7)	9(13.2)	1.47
	Mujer	39(45.3)	24(27.9)	9(10.5)	14(16.3)	
Nº Hermanos	0	11(64.7)	4(23.5)	0(0)	2(11.8)	5.2
	1 ó 2	54(45)	30(25)	16(13.3)	20(16.7)	
	3 ó más	8(47.1)	5(29.4)	3(17.6)	1(5.9)	
Convivencia	Ambos padres	60(48.4)	30(24.2)	15(12.1)	19(15.3)	.54
	Otros	13(43.3)	9(30)	4(13.3)	4(13.3)	
Consumo alcohol	Sí	60(44.1)	34(25)	19(14)	23(16.9)	8.2*
	No	13(72.2)	5(27.8)	0(0)	0(0)	
Consumo cannabis	Sí	23(30.3)	18(23.7)	16(21.1)	19(25)	28.87**
	No	50(64.1)	21(26.9)	3(3.8)	4(5.1)	
Repetir Curso	0	43(61.4)	14(20)	7(10)	6(8.6)	13.3*
	1	26(35.6)	20(27.4)	11(15.1)	16(21.9)	
	2	4(36.4)	5(45.5)	1(9.1)	1(9.1)	
Frecuencia consumo alcohol (copas)	1 al mes	39(63.9)	15(24.6)	4(6.6)	3(4.9)	29.74**
	2-3 al mes	23(44.2)	15(28.8)	7(13.5)	7(13.5)	
	1-2 a la semana	5(22.7)	8(36.4)	4(18.2)	5(22.7)	
	> 3 a la semana	6(31.6)	1(5.3)	4(21.1)	8(42.1)	
Frecuencia consumo cannabis (veces)	1 al mes	68(59.6)	29(25.4)	11(9.6)	6(5.3)	76.64**
	2-3 al mes	5(25)	5(25)	7(35)	3(15)	
	1-2 a la semana	0(0)	1(12.5)	0(0)	7(87.5)	
	> 3 a la semana	0(0)	4(33.3)	1(8.3)	7(58.3)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; N = tamaño muestral; % = porcentaje de sujetos por filas.

Figura 3. Frecuencia de consumo de tabaco respecto a consumo de alcohol.

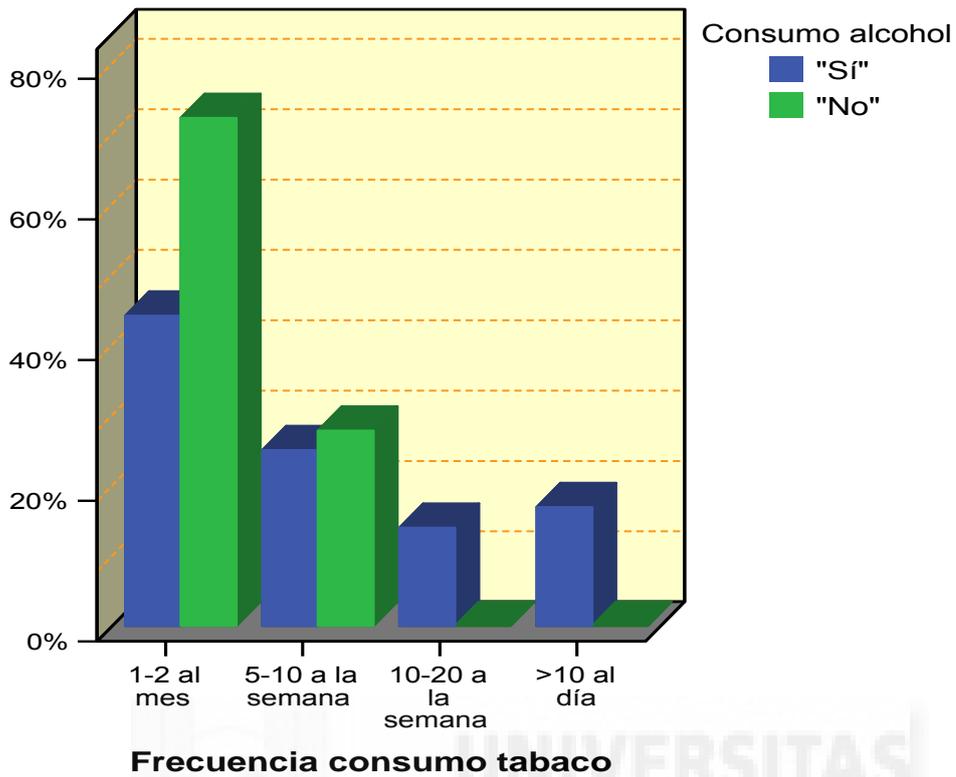


Figura 4. Frecuencia de consumo de tabaco respecto a consumo de cannabis.

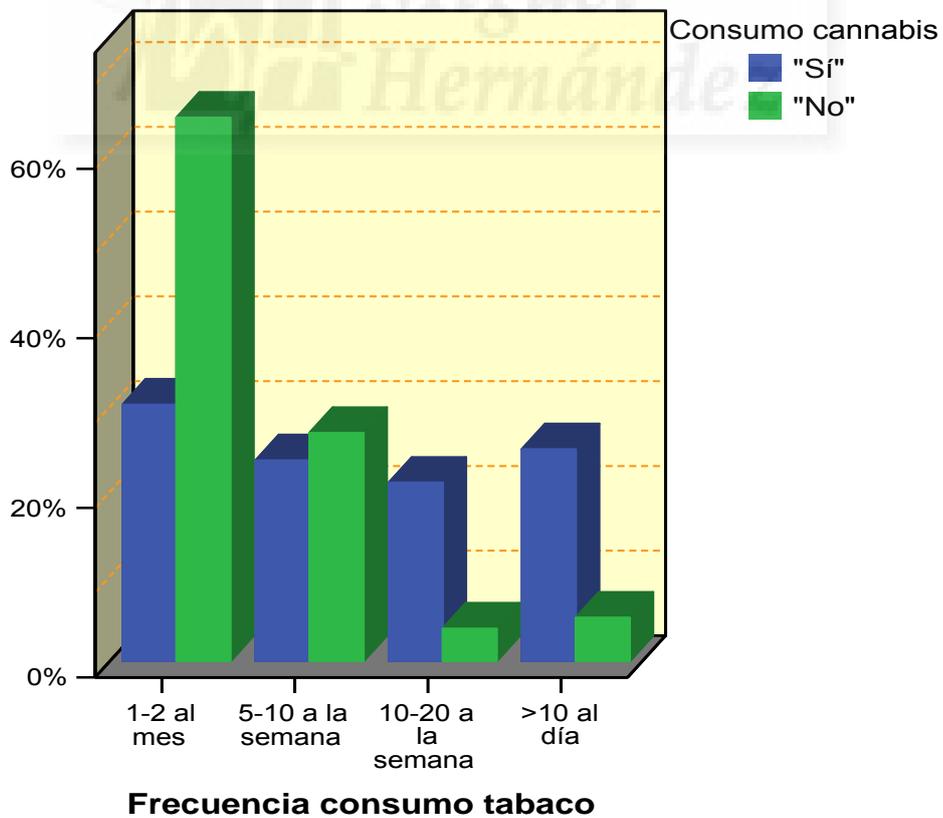


Figura 5. Frecuencia de consumo de tabaco en relación a cantidad de cursos repetidos.

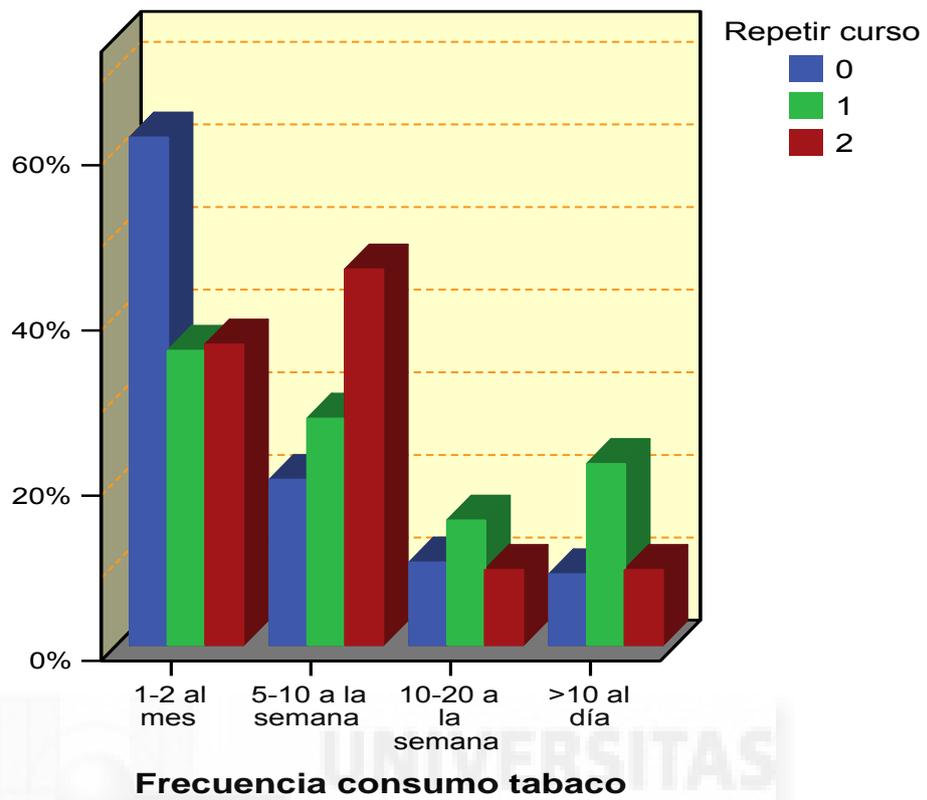


Figura 6. Frecuencia de consumo de tabaco en relación a frecuencia de consumo de alcohol.

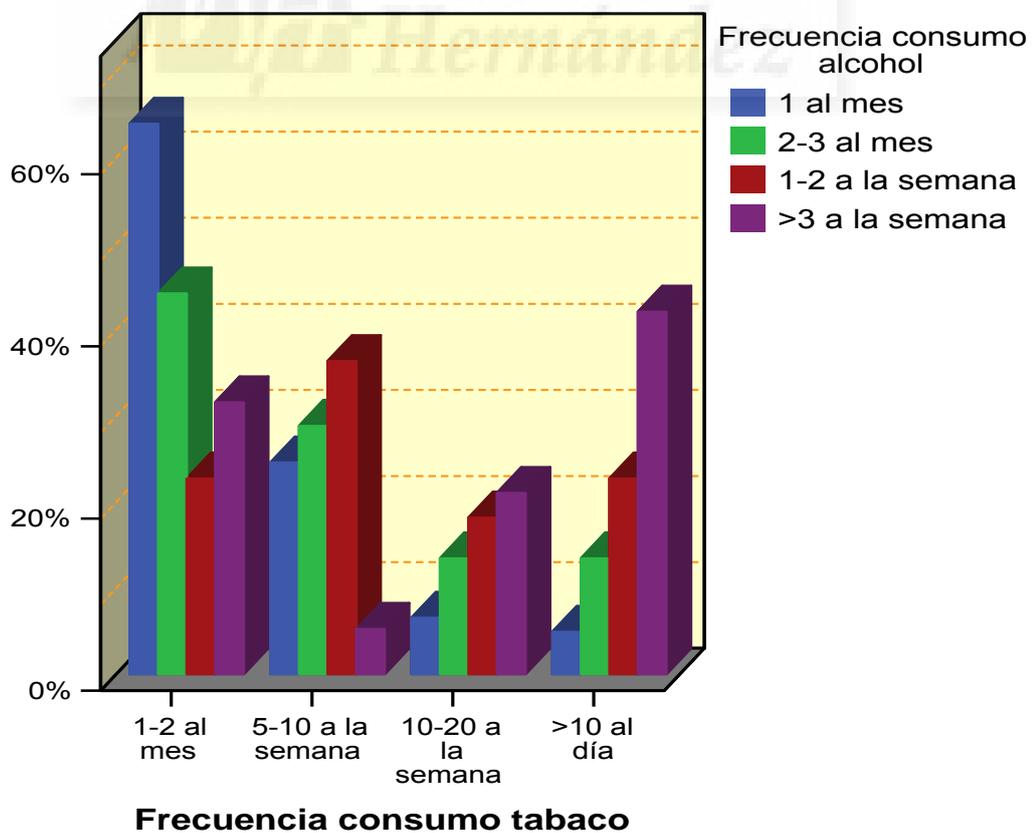
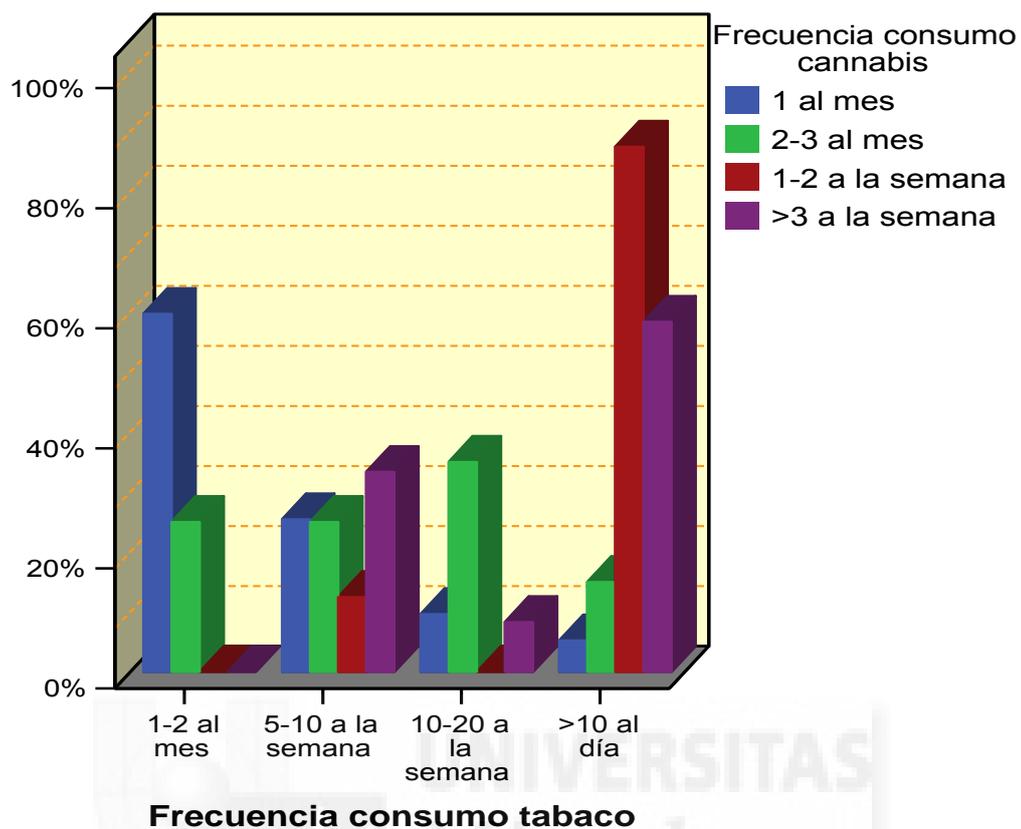


Figura 7. Frecuencia de consumo de tabaco en relación a frecuencia de consumo de cannabis.



Por otro lado, tal y como se aprecia en la tabla 7.12, la variable consumo de tabaco con 4 categorías se relaciona significativamente con las variables independientes cuantitativas del siguiente modo: los adolescentes consumen menos tabaco a menor edad ($\tau_{\text{Kendall}} = .165$, $p < .05$), mayor disgusto de la familia ante el consumo ($\tau_{\text{Kendall}} = .193$, $p < .01$), cuando los amigos no consumen ($\tau_{\text{Kendall}} = .386$, $p < .01$), a mayor dificultad en acceder y conseguir drogas ($\tau_{\text{Kendall}} = .218$, $p < .01$), ante normas familiares respecto al uso de drogas bien establecidas ($\tau_{\text{Kendall}} = .273$, $p < .01$) y a menor índice detectado de valor en la coximetría ($\tau_{\text{Kendall}} = .495$, $p < .01$).

Ni la nota media, ni la existencia de sintomatología de depresión o de alteraciones emocionales ni los factores relacionados con el riesgo familiar, las actividades protectoras y el estilo educativo, ni la edad de inicio de consumo de tabaco son significativas en la cantidad de tabaco que se consume.

Tabla 7.12. Análisis de discriminación de frecuencia de consumo de tabaco de variables independientes cuantitativas.

Variable	T _{Kendall}
Edad	.165*
Nota media	-.084
Depresión	.084
Reacción de la familia	.193**
Grupo amigos/iguales	.386**
Acceso a drogas	.218**
Riesgo familiar	.007
Educación familiar drogas	.273**
Actividades protectoras	.077
Estilo educativo	.070
Coximetría	.495**
Edad de inicio	-.115

*p < .05; **p < .01

7.2.1.3.1. Modelo integrador de las variables cuantitativas

En esta sección se ha llevado a cabo el análisis de discriminación integrando las variables cuantitativas por pasos, a continuación se presenta el modelo que mejor ajusta y obtiene una más óptima función de discriminación que explica un 93.4% de la varianza y cuya correlación canónica es de .77. En la tabla 7.13 podemos observar que las variables significativas en el modelo de discriminación son los niveles en la coximetría, el consumo de cannabis, el factor relacionado con la educación familiar y la edad en la que se comenzó a consumir tabaco respecto a los que se puede asumir el supuesto de no colinealidad y discriminan significativamente entre todos los pares de las cantidades del consumo de tabaco (ver tabla 7.14).

Tabla 7.13. Análisis de colinealidad del modelo discriminante de consumo de tabaco

Variable	Tolerancia	F para eliminar	Lambda de Wilks
Coximetría	.984	19.734	.524
Consumo de cannabis	.985	14.186	.482
Educación familiar drogas	.966	6.781	.425
Edad de inicio	.964	4.358	.407

Tabla 7.14. Comparaciones entre grupos por pares del consumo de tabaco.

Consumo de tabaco (Nº cigarrillos)	Valores F		
	1-2 al mes	5-10 a la semana	10-20 a la semana
5-10 a la semana	6.531**		
10-20 a la semana	13.453**	2.984*	
> 10 al día	49.693**	21.239**	10.366**

*p < .05; **p < .01

Tabla 7.15. Valores centroides en las funciones discriminantes del consumo de tabaco.

Consumo de tabaco (Nº cigarrillos)	Función
1-2 al mes	-.969
5-10 a la semana	.024
10-20 a la semana	.731
> 10 al día	2.430

Tabla 7.16. Coeficientes tipificados de las funciones discriminantes canónicas del consumo de tabaco.

Variable	Función
Coximetría	.696
Educación familiar	.407
Consumo de cánnabis	.605
Edad de inicio	-.304

Puesto que el único centroide negativo es para aquellos sujetos que fumaban 1 ó 2 cigarrillos al mes y el único coeficiente tipificado negativo de las funciones es para la variable edad de inicio del consumo (ver tablas 7.10 y 7.11, respectivamente), cabe interpretar que los sujetos con valores más bajos en CO espirado, menor vulnerabilidad en educación familiar, menor consumo de cannabís y mayor edad de inicio en el tabaco suelen ser calificados como que fuman 1 ó 2 cigarrillos al mes.

Tabla 7.17. Matriz de estructura de consumo de tabaco.

Variable	r
Coximetría	.669*
Consumo de cannabis	.599*
Grupo amigos/iguales	.307*
Depresión	-.203*
Estilo educativo	.177*
Riesgo familiar	-.115*
Edad de inicio	-.199
Educación familiar drogas	.272
Nota media	-.004
Reacción familia	.068
Acceso a drogas	.094
Edad cuantitativa	.057
Consumo de alcohol	.166
Actividades protectoras	.043

*p < .05; **p < .01

En la tabla 7.17 se muestran las correlaciones de todas las variables consideradas en el análisis con la variable dependiente y teniendo en cuenta la posible correlación de las mismas con otras variables. Como podemos ver no todas ellas han sido incluidas en la función aun cuando algunas presentan unas correlaciones significativas, en cambio dichas correlaciones (e.g., para la medida de depresión, $r = -.203$) no son altas, lo cual quiere decir que dichas variables no han sido incluidas probablemente debido a que presentaban colinealidad con otras y no aportaban información nueva.

7.2.2. Análisis del consumo de alcohol

En este apartado se muestran los resultados de los modelos relativos al consumo de alcohol. Se han llevado a cabo el mismo tipo de análisis que para el estudio del consumo de tabaco y, nuevamente, la información se ha dividido en tres subapartados, análisis univariante, multivariante para la comparación de los dos grupos analizados, consumidores versus no consumidores, y análisis discriminativo de la frecuencia de consumo de alcohol.

7.2.2.1. Análisis univariante

En las tablas 7.18 y 7.19 se presentan los tamaños del efecto y los estadísticos descriptivos correspondientes a las variables independientes cuantitativas en el primer caso y a las categóricas y ordinales en el segundo caso. La comparación entre los participantes que habían consumido alcohol y los que no muestran diferencias significativas en todas las variables, excepto en el género y en el tipo de convivencia. En cuanto aquéllas significativas destacan nuevamente, al igual que ocurría en el consumo de tabaco, las diferencias entre los que beben alcohol y los que no, en cuanto al consumo de otras sustancias, en este caso tabaco y cannabis, y al rendimiento académico. Respecto al consumo de tabaco y cannabis es más probable entre los que beben alcohol que entre los no lo hacen (OR = 22.72 y OR = 58.06, respectivamente), así mismo, el rendimiento académico es peor entre los adolescentes que beben alcohol, dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido al menos un curso (OR = 1.46 y OR = 2.31, respectivamente).

Las tendencias en el resto de variables relacionadas con el consumo se describen del siguiente modo, la edad media de los que beben es significativamente mayor que la de los que no lo hacen (OR = 0.45). Aunque no son significativas las variables relacionadas con el género y la convivencia, conviene resaltar que las tendencias siguen el mismo patrón que con los adolescentes que fuman, es decir, entre los que beben es más probable que vivan con sus dos padres en comparación con los que no (OR = 0.95) y en cuanto al sexo, hay mayor probabilidad de ser hombre entre los que no beben que entre los que si (OR = 1.28). La probabilidad del consumo respecto a las variables que hacen referencia a la vulnerabilidad del mismo en las relaciones familiares y con el grupo de iguales presenta tamaños del efecto significativos beneficiando al consumo de alcohol. Así pues, es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no, que presenten una mayor vulnerabilidad debido a la reacción familiar, es decir, una reacción familiar de indiferencia ante el consumo (OR = .93), un grupo de amigos bebedores (OR = .75), facilidad al acceso de las drogas (OR = .89), riesgo familiar, es decir, una relación familiar problemática (OR = .88), una educación familiar vulnerable al consumo de drogas (OR = .95), una realización escasas de actividades protectoras ante el consumo (OR = .92), un estilo educativo no democrático (OR = .92). Por otro lado, la sintomatología depresiva aparece también relacionada con el consumo de alcohol, es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores (OR =

.94). Y, para acabar, las puntuaciones en la coximetría son más altas entre los que beben que entre los que no lo hacen (OR = 0.85).

Tabla 7.18. Características sociodemográficas, psicológicas, de socialización y consumo de aquellos adolescentes que consumen alcohol y los que no (Variables cuantitativas)

	Bebedores (N = 274)		No bebedores (N = 433)		t	OR	95% IC
	M	DE	M	DE			
Edad	14.74	1.16	13.54	1.21	13.07**	.45	0.39 - 0.52**
Nota media	2.26	.86	2.59	.97	-4.55	1.46	1.23 - 1.73**
Reacción de la familia	33.11	10.29	25.87	10.03	9.26**	.93	0.91 - 0.94**
Grupo amigos/iguales	22.67	4.81	17.23	3.94	15.69** ^a	.75	0.72 - 0.79**
Acceso a drogas	24.11	7.39	17.09	7.41	12.30**	.88	0.86 - 0.90**
Riesgo familiar	27.95	5.22	25.82	4.55	5.55** ^a	.91	0.88 - 0.94**
Educación familiar drogas	17.82	4.05	16.97	4.64	2.58** ^a	.95	0.92 - 0.99*
Actividades protectoras	41.04	5.97	37.92	6.8	6.23**	.92	0.90 - 0.95**
Estilo educativo	30.10	7.70	25.70	7.3	7.67**	.92	0.90 - 0.94**
Coximetría	3.85	3.25	2.75	2.2	4.99	.85	0.79 - 0.90**
Depresión	12.57	6.52	10.20	6.12	4.89**	.94	0.92 - 0.96**

*p < .05; **p < .01; ^aNo igualdad de varianzas; ^bGrupo de referencia; N = tamaño muestral; M = Media; DE = Desviación Estándar; t = t de Student; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza.

Tabla 7.19. Características sociodemográficas, psicológicas, de socialización y consumo de aquellos adolescentes que consumen alcohol y los que no (Variables categóricas y ordinales)

	Bebedores (N = 274)		No bebedores (N = 433)		χ^2	OR	95% IC
	N	%	N	%			
Sexo							
Hombre	131	47.8	234	54	2.61	1.28	0.94 - 1.73
Mujer	143	52.2	199	46			
Convivencia							
Con ambos padres	234	38.6	40	39.6	5.29	.95	0.62 - 1.47
Con uno de ellos/otros	372	61.3	61	60.4			
Repetir curso							
Ninguno	167	61	337	77.8		2.31	1.10 - 4.84*
Uno	91	33.2	82	19		1.03	0.47 - 2.24
Dos o más	16	5.8	14	3.2	23.37**	^b	
Consumo de tabaco							
Sí	136	49.6	18	4.2			
No	138	50.4	415	95.8	203.71**	22.721	13.30 - 38.52**
Consumo de cannabis							
Sí	79	28.8	3	0.7			
No	195	71.2	430	99.3	129.60**	58.06	18.10 - 186.20**

*p < .05; **p < .01; ^b Grupo de referencia; OR = Odds Ratio; IC = intervalo de Confianza; N = tamaño muestral

7.2.2.2. Análisis multivariante

7.2.2.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores

Para el consumo de alcohol podemos nuevamente asumir el supuesto de no colinealidad entre las variables, como se hizo para el consumo de tabaco, dada la tabla de correlaciones presentada anteriormente y los estadísticos de colinealidad que a este modelo competen.

Tabla 7.20. Estadísticos de colinealidad en consumo de alcohol.

Variable	Tolerancia	FIV
Sexo	.91	1.09
Edad	.64	1.56
Convivencia	.94	1.05
Repetir cursos	.67	1.49
Nota media	.75	1.32
Depresión	.75	1.32
FRIDA		
Reacción de la familia	.69	1.44
Grupo amigos/iguales	.48	2.08
Acceso a drogas	.65	1.54
Riesgo familiar	.82	1.21
Educación familiar drogas	.96	1.04
Actividades protectoras	.75	1.32
Estilo educativo	.67	1.47
Consumo tabaco	.49	2.04
Consumo cannabis	.52	1.91
Coximetría	.76	1.31

FIV = Factor de Inflación de la Varianza.

7.2.2.2.2. Variables sociodemográficas

Al igual que ocurría en el modelo de variables sociodemográficas para predecir el consumo de tabaco, en este caso la única variable sociodemográfica significativa al llevar a cabo el análisis de regresión logística por pasos es la edad. Con lo cual, en cuanto a las variables sociodemográficas, tenemos un modelo univariante cuyos datos se corresponden con los del apartado anterior para la variable edad. La odds ratio obtenida para el consumo de alcohol en la variable edad indica que la probabilidad de ser consumidor de alcohol es significativamente mayor entre los sujetos de menor edad (OR = 0.45). Este modelo explica tan sólo un 26% de la varianza.

7.2.2.2.3. Variables de socialización

A continuación se ha procedido a integrar en un único modelo el rendimiento académico (nota media y cursos repetidos), los factores de convivencia (número de hermanos y miembros con los que convive), los factores de vulnerabilidad (componentes del cuestionario FRIDA), el consumo de otras sustancias, en este caso tabaco y cannabis, y sus posibles interacciones entre ellas en la predicción del consumo de alcohol. Llevando a cabo el análisis de regresión logística por pasos con estas variables finalmente se obtuvo que el modelo que mejor ajustaba ($\chi^2 = 12.472$, $gl = 8$, $p = .131$) explica una varianza de un 49% e incluye como predictores: la interacción del consumo de tabaco con el factor de la vulnerabilidad respecto a la reacción de la familia, la interacción de los factores relacionados con el riesgo familiar y la educación de la familia en drogas y, finalmente, las interacciones del factor relacionado con el grupo de amigos con los factores, por un lado, del acceso a drogas y, por otro, con el que se refiere a las actividades protectoras.

Tabla 7.21. Modelo multivariante para predecir el consumo de alcohol mediante las variables de socialización.

Variable	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC	
					Inferior	Superior
Consumo tabaco x Reacción de la familia	-.057	.009	41.80**	.944	.928	.961
Acceso a drogas x Grupo amigos/iguales	-.003	.001	23.86**	.997	.996	.998
Actividades protectoras x Grupo de amigos	-.002	.001	12.80**	.998	.997	.999
Educación familiar drogas x Riesgo familiar	-.002	.001	5.32*	.998	.997	1.000
Constante	4.423	.472	87.93**	83.313		

B = coeficiente; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; * $p < .05$; ** $p < .01$

Así pues, siguiendo la tabla 7.21, el consumo de alcohol se predice por una mayor indiferencia de la familia ante dicho consumo junto con el hecho de ser fumador que para aquéllos que no beben (OR = .94). Otras dos interacciones que lo predicen son el hecho de pertenecer a un grupo de iguales que también beben con un fácil acceso a las drogas, además de escasas actividades protectoras (OR = .997, OR = .998, respectivamente) (ver figuras 8 y 9), aunque en ambos casos con tamaños del efecto muy pequeños. Finalmente, el último factor que entra en el modelo para predecir el consumo de alcohol, aunque también con un tamaño del efecto casi nulo (OR = .998) es

el alto riesgo familiar en el consumo y una educación en la misma favorecedora al consumo (ver figura 10).

Figura 8. Consumo de alcohol en relación a pares y accesibilidad a drogas.

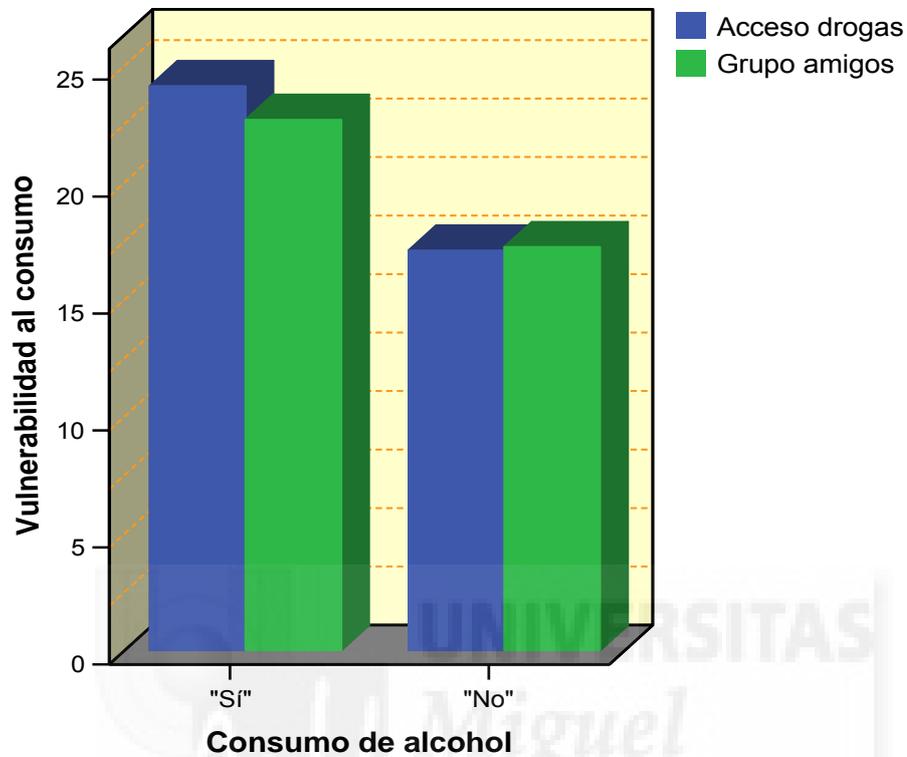


Figura 9. Consumo de alcohol en relación a pares y actividades protectoras.

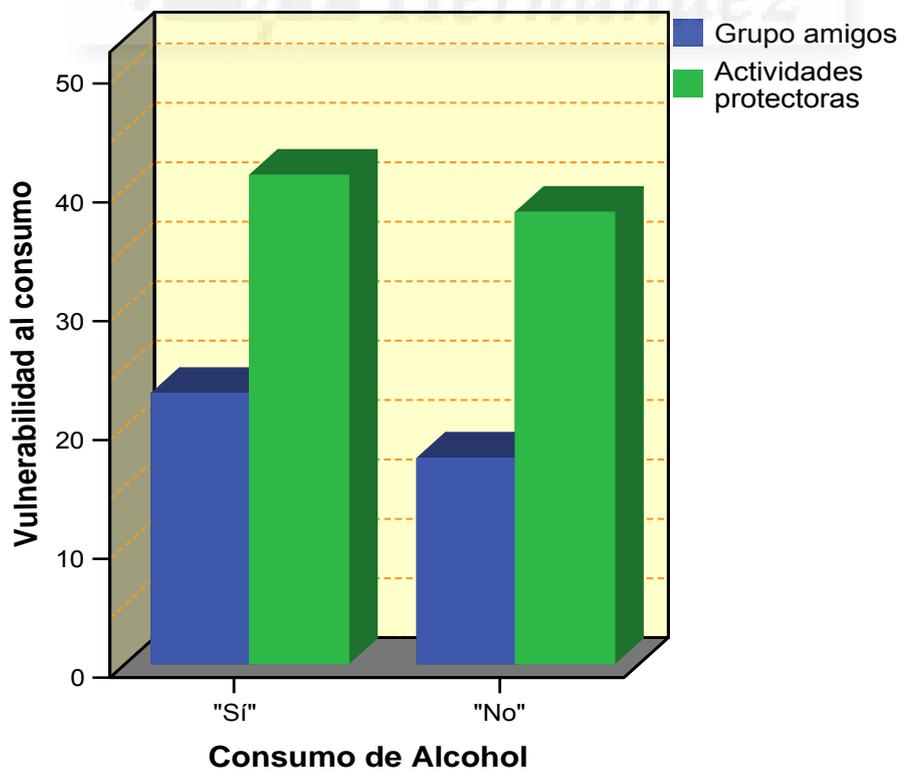
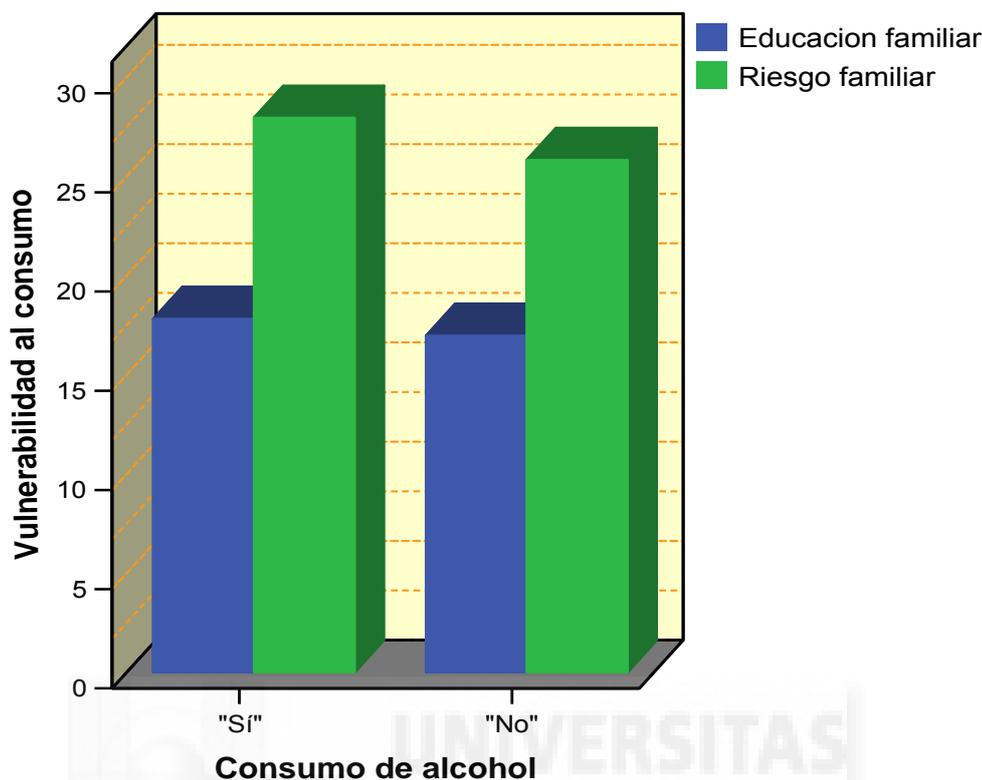


Figura 10. Consumo de alcohol en relación a educación familiar y riesgo familiar.



7.2.2.2.4. Modelo integrador

El modelo mejor ajustado ($\chi^2 = 9.298$, $gl = 8$, $p = .318$) que se obtuvo para predecir el consumo de alcohol integrando todas las variables independientes que en este trabajo se estudian explica un 56% de la varianza. Este modelo nos indica que es más probable que los que consumen sean mayores que los que no ($OR = .69$). En cuanto a interacciones incluidas, aquellas con los tamaños del efecto más grande son el consumo de cannabis con riesgo familiar y con las puntuaciones obtenidas en la coximetría ($OR = .70$, $OR = 1.40$, respectivamente). El modelo incluye otras interacciones que predicen el consumo aunque con tamaños del efecto más pequeños, éstas son: la mayor edad con un grupo de iguales que consume ($OR = .991$) (ver figura 11), las escasas actividades protectoras con haber repetido cursos, sin ser significativo el número de cursos repetidos, el alto riesgo familiar con el acceso a drogas ($OR = .998$) (ver figura 12) y la interacción del acceso a drogas con el consumo de tabaco ($OR = .908$). Finalmente, el modelo también incluye la interacción entre el consumo de cannabis con escasas actividades protectoras, aunque este tamaño del efecto no es significativo ($OR = 1.15$).

Nuevamente, como para la sustancia anterior, tanto el modelo integrador como todos los anteriores fueron evaluados los outliers que se distanciaban en más de dos desviaciones típicas de la media muestral, pero no se obtuvo una mejora del ajuste del modelo ni de la varianza explicada por el mismo, por lo que no se consideraron esas alternativas de modelos.

Tabla 7.22. Modelo integrador multivariante para la predicción del consumo de alcohol.

Variable	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC OR	
					Inferior	Superior
Edad	-.36	.10	11.70**	.69	.563	.856
Grupo amigos/iguales x Edad	-.00	.00	21.49**	.99	.987	.995
Actividades protectoras x Repetir curso	-.01	.01	3.17	.98	.961	1.002
Actividades protectoras x Acceso a drogas	-.00	.00	10.71**	.99	.998	.999
Consumo tabaco x Acceso a drogas	-.09	.01	30.64**	.90	.878	.940
Consumo cannabis x Riesgo familiar	-.35	.13	6.82**	.70	.535	.915
Consumo cannabis x Actividades protectoras	.13	.07	3.23	1.14	.988	1.332
Consumo cannabis x Coximetría	.34	.13	6.62*	1.40	1.084	1.820
Constante	10.11	1.43	49.53**	24641.03		

B = coeficiente; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; *p < .05; **p < .01

Figura 11. Consumo de alcohol en relación a pares y edad.

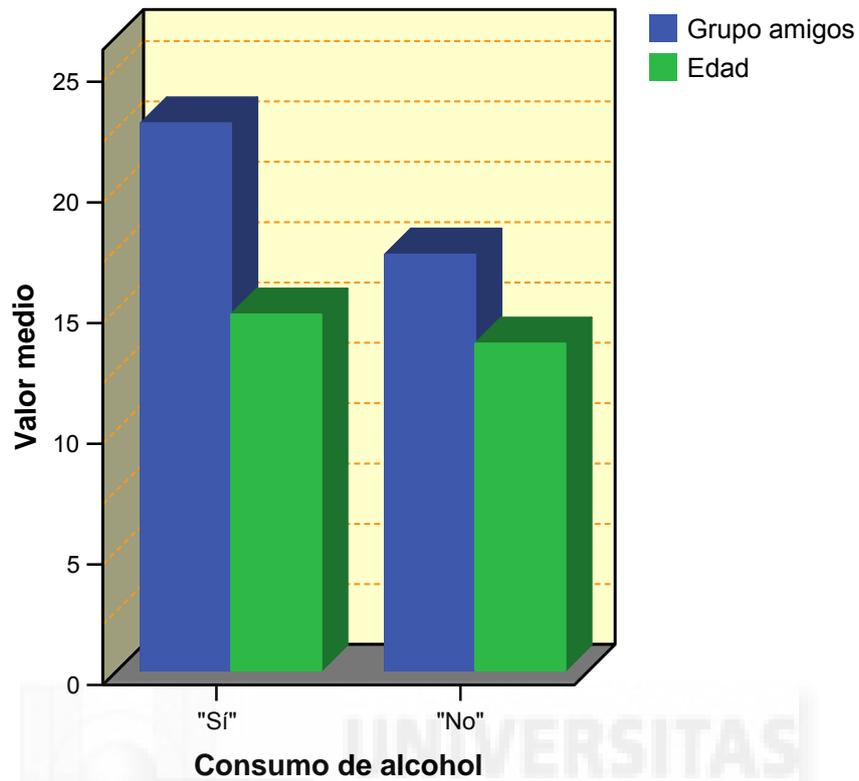
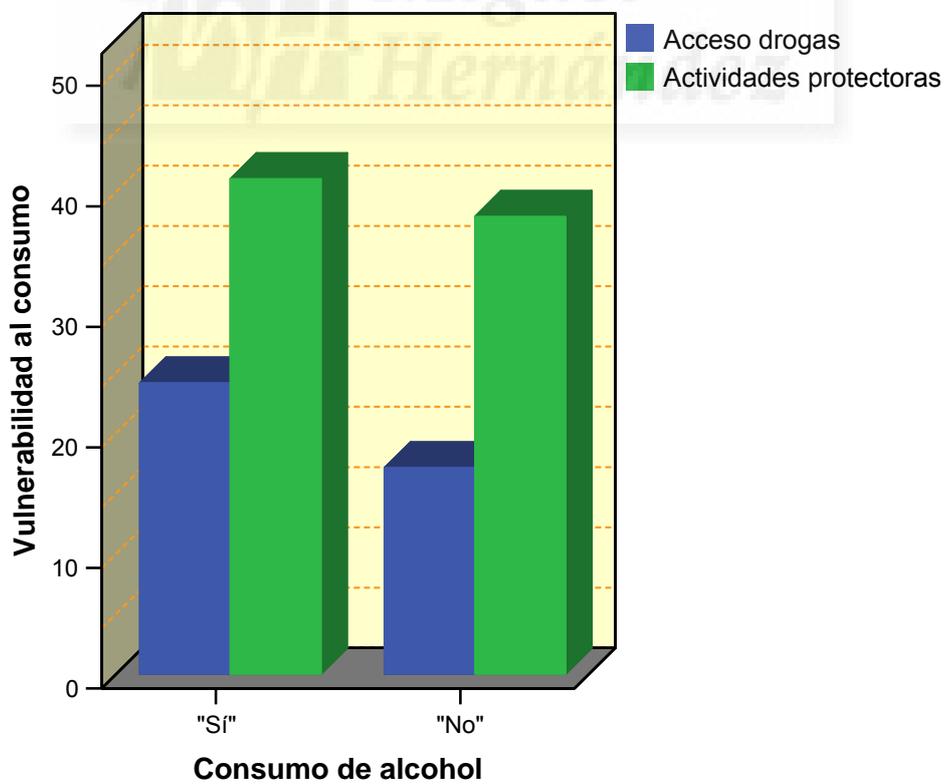


Figura 12. Consumo de alcohol en relación a actividades protectoras y accesibilidad a drogas.



7.2.2.3. Análisis de discriminación

Se van a analizar individualmente las variables independientes para comprobar si discriminan o no entre los sujetos que consumen más o menos alcohol siguiendo los mismos análisis y estructura que se presentaba para el consumo de tabaco.

Como ocurría con el tabaco, el sexo, la convivencia y el número de hermanos no son factores que afecten significativamente a beber alcohol en mayor o menor cantidad. En cambio la cantidad de consumo de alcohol sí se ve afectada significativamente por haber consumido tabaco ($\chi^2 = 31.85$, $p < .01$) y/o cannabis ($\chi^2 = 48.65$, $p < .01$) durante el último mes. Así el mayor porcentaje de sujetos que consumen tabaco y cannabis beben de 2 a 3 copas al mes (38.2% y 34.2%, respectivamente). Por otro lado, el mayor porcentaje de sujetos que no consumen estas sustancias beben tan sólo una copa al mes (64.5% y 59%, respectivamente). De los que consumen más de 3 copas a la semana tan sólo un pequeño porcentaje no consume otras sustancias (5.1% y 4.1% para el tabaco y el cannabis, respectivamente), en cambio de éste mismo grupo que bebe más de 3 copas a la semana un 14% de los sujetos consume tabaco y un 22.8% consume cannabis (ver figuras 13 y 14).

Como ocurría en la cantidad de cigarrillos fumados, también se discrimina significativamente el consumo de alcohol en función de los cursos repetidos ($\chi^2 = 25.66$, $p < .01$), la mayoría beben 1 copa al mes independientemente de no haber repetido ningún curso o haber repetido un curso (55.7% y 36.3%, respectivamente), en cambio, un 43.8% de los que han repetido dos cursos beben de 2 a 3 copas al mes, luego sólo un 4.2% de los que no han repetido ningún curso beben más de 3 copas a la semana, sin embargo, de los que han repetido un curso, lo hacen un 19.8% (ver figura 15). Finalmente, discriminan significativamente la cantidad de copas bebidas, la frecuencia con la que se fuma ($\chi^2 = 51.79$, $p < .01$) y con la que se consume cannabis ($\chi^2 = 59.46$, $p < .01$), así aunque la mayoría de los que fuman de 5 a 10 cigarrillos a la semana o menos y los que consumen menos de 3 veces al mes cannabis son los que beben 1 copa al mes, un 44.1% de los que fuman de 5 a 10 cigarrillos a la semana beben 2 ó 3 copas al mes, un 34.8% de los que beben más de 3 copas a la semana son los que fuman más de 10 cigarrillos al día y un 38.5% de éstos que beben dicha cantidad de alcohol son los que consumen 1 ó 2 veces a la semana cannabis (figuras 16 y 17).

Tabla 7.23. Análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de alcohol de variables independientes categóricas.

Variable	Categorías	Frecuencia consumo alcohol (Nº de copas)				X ²
		1 al mes	2-3 al mes	1-2 a la semana	> 3 a la semana	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo	Hombre	65(49.6)	39(29.8)	16(12.2)	11(8.4)	1.0
	Mujer	67(46.9)	47(32.9)	14(9.8)	15(10.5)	
Nº hermanos	0	13(59.1)	5(22.7)	2(9.1)	2(9.1)	5.68
	1 ó 2	104(47.7)	73(33.5)	21(9.6)	20(9.2)	
	3 ó más	15(44.1)	8(23.5)	7(20.6)	4(11.8)	
Convivencia	Ambos padres	116(49.6)	71(30.3)	26(11.1)	21(9)	1.69
	Otros	16(40)	15(37.5)	4(10)	5(12.5)	
Consumo tabaco	Sí	43(31.6)	52(38.2)	22(16.2)	19(14)	31.85**
	No	89(64.5)	34(24.6)	8(5.8)	7(5.1)	
Consumo cannabis	Sí	17(21.5)	27(34.2)	17(21.5)	18(22.8)	48.65**
	No	115(59)	59(30.3)	13(6.7)	8(4.1)	
Repetir curso	0	93(55.7)	54(32.3)	13(7.8)	7(4.2)	25,66**
	1	33(36.3)	25(27.5)	15(16.5)	18(19.8)	
	2	6(37.5)	7(43.8)	2(12.5)	1(6.3)	
Frecuencia consumo tabaco (cigarrillos)	1-2 al mes	115(58.1)	57(28.8)	13(6.6)	13(6.6)	51.79**
	5-10 a la semana	10(29.4)	15(44.1)	8(23.5)	1(2.9)	
	10-20 a la semana	4(21.1)	7(36.8)	4(21.1)	4(21.1)	
	> 10 al día	3(13)	7(30.4)	5(21.7)	8(34.8)	
Frecuencia consumo cannabis (veces)	1 al mes	129(55.6)	72(31)	17(7.3)	14(6)	59.46**
	2-3 al mes	3(14.3)	7(33.3)	7(33.3)	4(19)	
	1-2 a la semana	0(0)	3(37.5)	2(25)	3(37.5)	
	> 3 a la semana	0(0)	4(30.8)	4(30.8)	5(38.5)	

*p < .05; **p < .01; N = tamaño muestral; % = porcentaje de sujetos por filas

Figura 13. Frecuencia de consumo de alcohol en relación a consumo de tabaco.

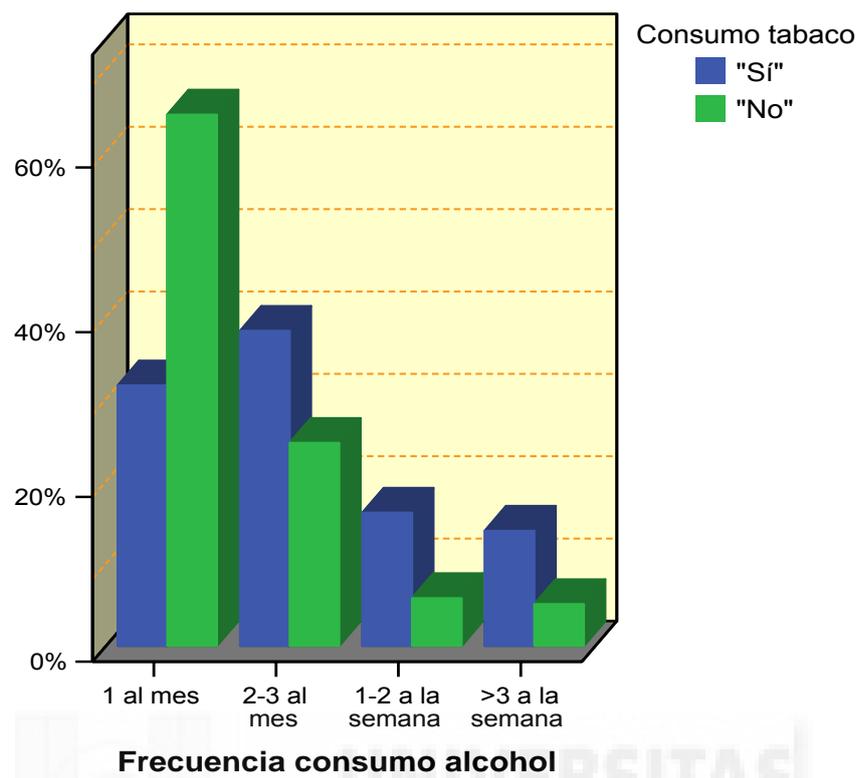


Figura 14. Frecuencia de consumo de alcohol en relación a consumo de cannabis.

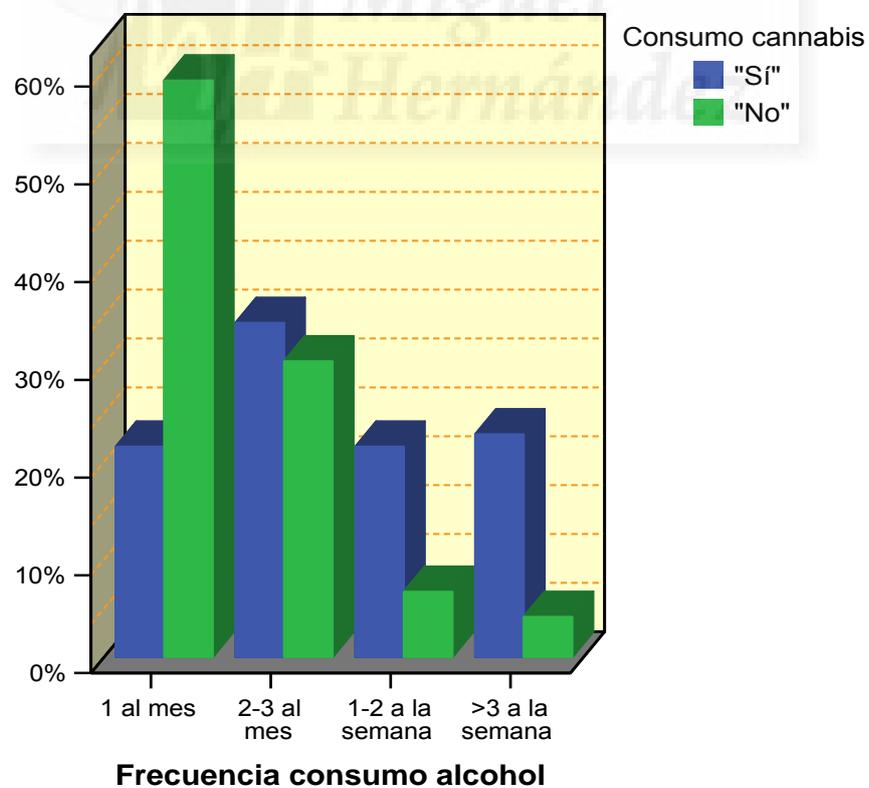


Figura 15. Frecuencia de consumo de alcohol en relación a cantidad de cursos repetidos.

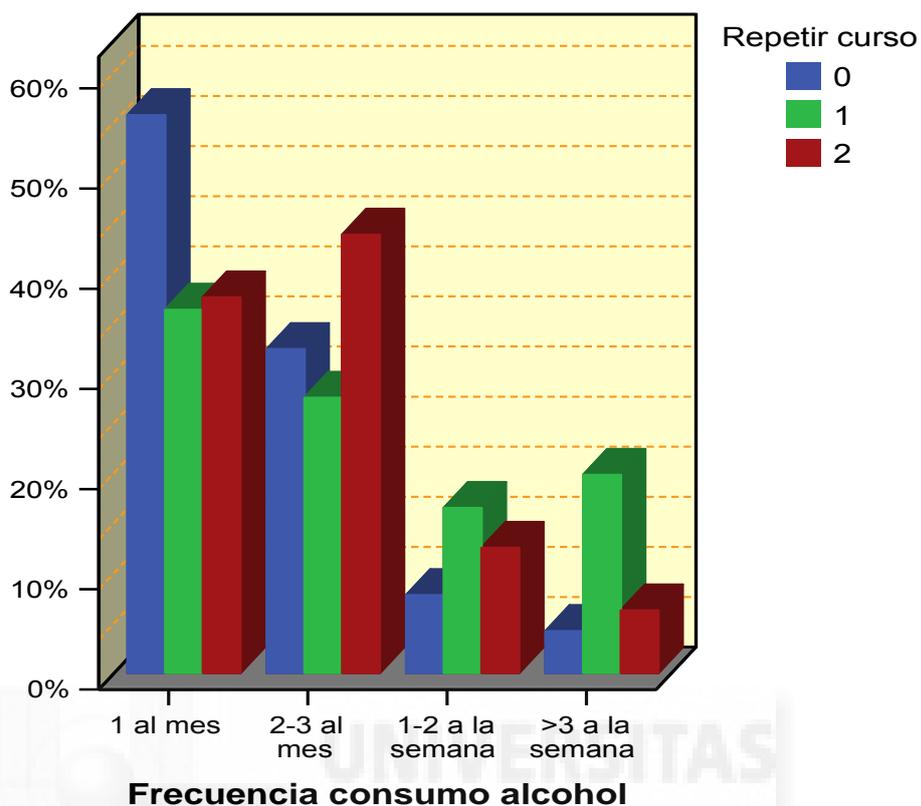


Figura 16. Frecuencia de consumo de alcohol en relación a frecuencia de consumo de tabaco.

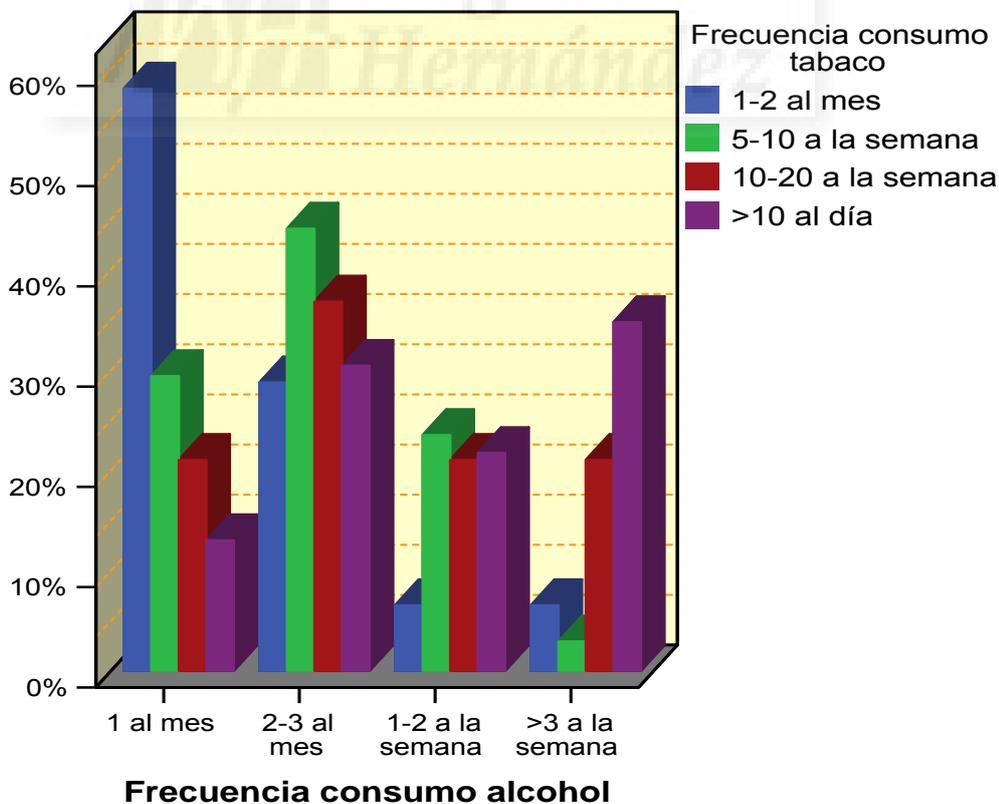
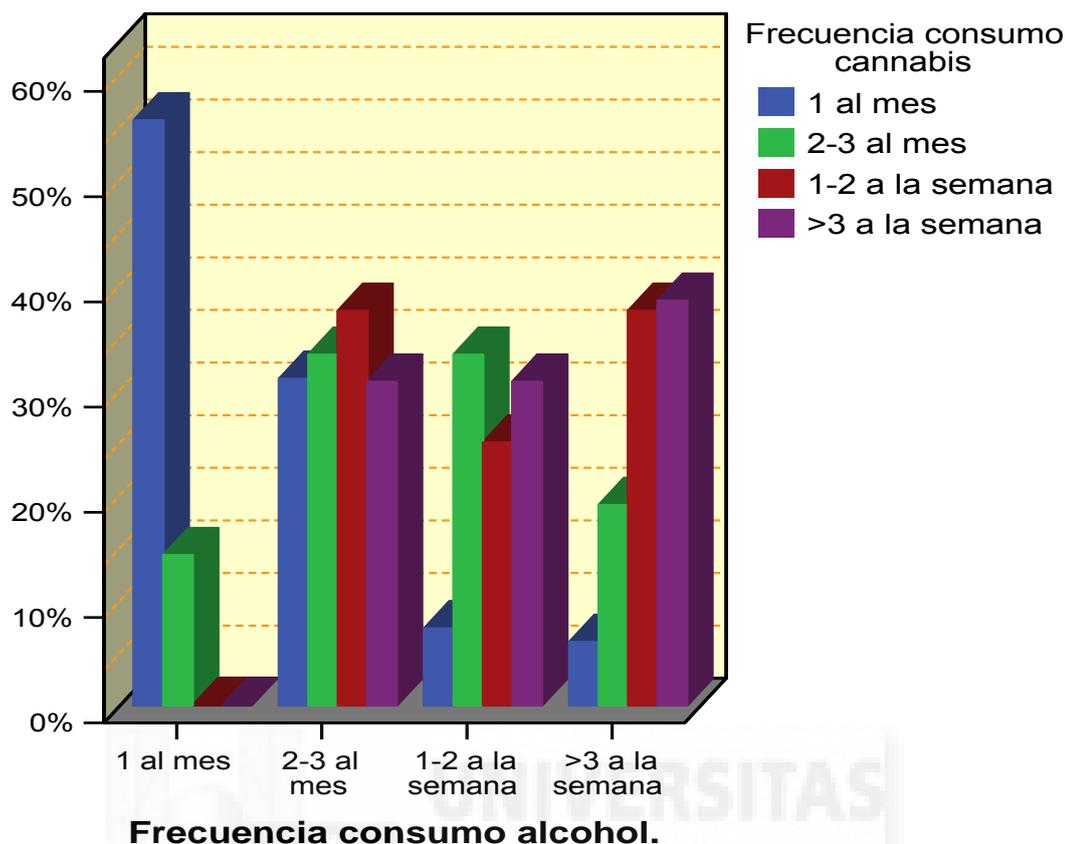


Figura 17. Frecuencia de consumo de alcohol en relación a frecuencia de consumo de cannabis.



Respecto a las variables cuantitativas, la tabla 7.24 nos muestra que casi todas correlacionan significativamente con el nivel de consumo de alcohol, excepto, la nota media, la sintomatología depresiva, la educación familiar en drogas y la edad de inicio. Cuanto mayor disgusto muestra la familia ante el consumo ($T_{\text{Kendall}} = .206$, $p < .01$), menor consumo de alcohol, así mismo y exactamente como ocurría con el consumo de tabaco, se da un menor consumo de alcohol si el adolescente tiene amigos que no consumen ($T_{\text{Kendall}} = .399$, $p < .01$), cuanto mayor es la dificultad en acceder y conseguir drogas ($T_{\text{Kendall}} = .215$, $p < .01$), cuanto mejores son las relaciones familiares ($T_{\text{Kendall}} = .156$, $p < .01$), a mayor cantidad de actividades protectoras del consumo ($T_{\text{Kendall}} = .154$, $p < .01$), a mayor uso en la familia de un estilo democrático ($T_{\text{Kendall}} = .172$, $p < .01$) y a menor índice de CO en aire espirado ($T_{\text{Kendall}} = .197$, $p < .01$).

Tabla 7.24. Análisis de discriminación de frecuencia de consumo de alcohol de variables independientes cuantitativas.

Variable	T _{Kendall}
Edad	.199**
Nota media	-.098
Depresión	.082
Reacción de la familia	.206**
Grupo amigos/iguales	.399**
Acceso a drogas	.215**
Riesgo familiar	.156**
Educación familiar drogas	.017
Actividades protectoras	.154**
Estilo educativo	.172**
Coximetría	.197**
Edad de inicio	-.056

*p < 0.05 **p < 0.01

7.2.2.3.1. Modelo integrador

Al igual que se hizo para la frecuencia de tabaco consumido, a continuación se presentan los datos de un modelo integrando las variables cuantitativas para discriminar la cantidad de alcohol consumido. Se presenta el modelo que mejor ajusta y obtiene una más óptima función de discriminación que explica un 97.1% de la varianza y cuya correlación canónica es de .53. En la tabla 7.25 podemos observar que las variables significativas en el modelo de discriminación son el grupo de amigos y la frecuencia con la que se consume cannabis, se asume independencia entre ellas y discriminan significativamente entre todos los pares de las cantidades del consumo de alcohol (ver tabla 7.2.8.), excepto entre beber más de 3 copas a la semana y beber entre 1 y 2 ($F = 1.039$, $p = .35$)

Tabla 7.25. Análisis de colinealidad del modelo discriminante de consumo de alcohol

Variable	Tolerancia	F para eliminar	Lambda de Wilks
Grupo amigos/iguales	.854	13.041	.812
Frecuencia consumo cannabis	.854	6.396	.760

Tabla 7.2.8. Comparaciones entre grupos por pares

Frecuencia consumo alcohol (copas)	Valores F		
	1 al mes	2-3 al mes	1-2 a la semana
2-3 al mes	14.270**		
1-2 a la semana	24.692**	6.385**	
> 3 a la semana	35.473**	12.685**	1.039

*p < .05; **p < .01

Tabla 7.26. Valor de los centroides en las funciones discriminantes de consumo de alcohol.

Frecuencia consumo alcohol (copas)	Función
1 al mes	-.551
2-3 al mes	.160
1-2 a la semana	.872
> 3 a la semana	1.259

Tabla 7.27. Coeficiente tipificado de la función discriminante canónica.

Variable	Función
Grupo amigos/iguales	.706
Frecuencia consumo cannabis	.488

El único centroide negativo es para aquéllos que bebían 1 copa al mes, luego cabe interpretar que los sujetos con menor vulnerabilidad entre el grupo de amigos, es decir, con un grupo de amigos que no consume y que a su vez consumen poco cannabis, suelen ser calificados como que beben 1 copa al mes (ver tablas 7.26 y 7.27).

Tabla 7.28. Matriz de estructura de consumo de alcohol.

	Función
Grupo amigos/iguales	.892*
Consumo tabaco	.757*
Consumo cannabis	.583*
Coximetría	.465*
Acceso a drogas	.348*
Reacción de la familia	.224*
Actividades protectoras	.187*
Nota media	-.152*
Estilo educativo	.152*
Riesgo familiar	.128*
Educación familiar drogas	.059*
Edad	-.031
Depresión	.036
Edad de inicio	-.024

*p < .05; **p < .01

En la tabla 7.28 se presentan todas las variables analizadas para la función de discriminación y no todas ellas han sido incluidas en la función aun cuando alguna presenta una correlación significativa (e.g., la puntuación en la coximetría, $r = .465$). Esto es debido a que dichas variables probablemente dependían de otras que sí fueron incluidas en el modelo con lo cual no aportaban información nueva.

7.2.3. Análisis del consumo de cannabis

En este apartado se presentan los resultados de los análisis de regresión logística para la predicción del consumo de cannabis en función de variables familiares y clínicas. La sección se divide en tres subapartados, uno para tipo de análisis; el univariante, el multivariante para la comparación de los dos grupos analizados, consumidores versus no consumidores, y el análisis discriminativo de la frecuencia de consumo de cannabis.

7.2.3.1. Modelos univariantes de consumo de cannabis

Como en los apartados anteriores del consumo de tabaco y alcohol, se ha llevado a cabo el mismo análisis para la última sustancia estudiada en este trabajo y en las tablas 7.29 y 7.30 se presentan los tamaños del efecto y los estadísticos descriptivos correspondientes a cada una de las variables independientes.

Así pues, las diferencias entre el consumo y no consumo de cannabis vienen determinadas como se describe a continuación. Todas las variables analizadas en este trabajo como posibles predictores del consumo presentan tamaños del efecto significativos en el mismo, excepto, tal y como ocurría en el consumo de alcohol, el género y el tipo de convivencia. En cuanto aquéllas significativas destacan nuevamente, al igual que ocurría en el consumo de tabaco y de alcohol, las diferencias entre los que fuman cannabis y los que no en cuanto al consumo de otras sustancias, en este caso tabaco y alcohol, y al rendimiento académico. Respecto al consumo de tabaco y alcohol es más probable entre los que consumen cannabis que entre los no lo hacen (OR = 88.82 y OR = 58.06, respectivamente), así mismo, el rendimiento académico es peor entre los adolescentes que fuman cannabis, dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido al menos un curso (OR = 1.92 y OR = 3.28, respectivamente).

Las tendencias en el resto de variables relacionadas con el consumo son exactamente las mismas que se presentaban en el consumo de alcohol con tamaños del efecto ligeramente inferiores en la mayoría de los casos. Así entonces la edad media de los que consumen cannabis es significativamente mayor que la de los que no lo consumen (OR = 0.46). Aunque no son significativas las variables relacionadas con el género y la convivencia, conviene resaltar que las tendencias siguen el mismo patrón que con los adolescentes que fuman tabaco y beben alcohol, es decir, entre los que consumen cannabis es más probable que vivan con sus dos padres en comparación con los que no (OR = 0.87) y en cuanto al sexo, hay mayor probabilidad de ser hombre entre los que no consumen que entre los que si (OR = 1.13). La probabilidad del consumo respecto a las variables que hacen referencia a la vulnerabilidad del mismo en las relaciones familiares y con el grupo de iguales presenta tamaños del efecto significativos beneficiando al consumo de cannabis, exactamente como ocurría con el consumo de alcohol. Así pues, es más probable entre los fumadores de cannabis que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a: la reacción familiar, es decir, una reacción familiar de indiferencia ante el consumo (OR = .91), un grupo de amigos consumidores de cannabis (OR = .69), facilidad al acceso de las drogas (OR = .85), riesgo familiar, es decir, una relación familiar problemática (OR = .90), una educación familiar vulnerable al consumo de drogas (OR = .94), una realización escasas de actividades protectoras ante el consumo (OR = .90), un estilo educativo no democrático (OR = .90). Por otro lado, la sintomatología depresiva aparece también relacionada con el consumo de cannabis, es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores (OR = .95). Y, para

acabar, las puntuaciones en la coximetría son más altas entre los que consumen cannabis que entre los que no lo hacen (OR = 0.73).

Tabla 7.29. Características sociodemográficas, psicológicas, de socialización y consumo de aquellos adolescentes que consumen cannabis y los que no. (Variables cuantitativas)

Variables	Consumidores (N = 82)		No consumidores (N = 625)		t	OR	95% IC
	M	DE	M	DE			
Edad	15.10	1.16	13.86	1.28	8.34	0.46	0.37 – 0.56**
Nota media	2.01	.82	2.52	.94	-4.65	1.92	1.44 – 2.56**
Reacción de la familia	38.47	10.06	27.39	10.13	9.32**	0.91	0.89 – 0.93**
Grupo de amigos/ iguales	26.86	4.67	18.35	4.19	17.04**	0.69	0.64 – 0.74**
Acceso a las drogas	28.46	5.35	18.67	7.77	14.66*** ^a	0.85	0.82 – 0.88**
Riesgo familiar	28.90	5.35	26.35	4.80	4.47**	0.90	0.86 – 0.94**
Educación familiar drogas	18.29	4.12	17.17	4.46	2.17*	0.94	0.89 – 0.99*
Actividades protectoras	43.26	5.54	38.58	6.61	7.00**	0.90	0.86 – 0.93**
Estilo educativo	33.27	7.13	26.63	7.49	7.59**	0.90	0.87 – 0.92**
Coximetría	6.13	4.4	2.78	2.11	6.77	0.73	0.68 – 0.79**
Depresión	13.19	6.85	10.85	6.27	3.14	0.95	0.92 – 0.98**

*p < .05; **p < .01; ^aNo igualdad de varianzas; ^bGrupo de referencia; M = Media; DE = Desviación Estándar; t = t de Student; OR = Odds Ratio; N = tamaño muestral; IC = Intervalo de Confianza.

Tabla 7.30. Características sociodemográficas, psicológicas, de socialización y consumo de aquellos adolescentes que consumen cannabis y los que no. (Variables categóricas y ordinales).

Variables	Consumidores (N = 82)		No consumidores (N = 625)		χ^2	OR	95% IC
	N	%	N	%			
Sexo							
Hombre	40	48.8	325	52	0.30	1.13	0.71 – 1.80
Mujer	42	51.2	300	48			
Convivencia							
Ambos padres	69	84.1	537	85.9	10.82	0.87	0.46 – 1.64
Otros	13	15.9	88	14.1			
Repetir curso							
Ninguno	29	35.4	475	76	61.54**	3.28	1.17 – 9.18*
Uno	48	58.5	125	20		0.52	0.19 – 1.44
Dos o más	5	6.1	5	4		^b	
Consumo tabaco							
Sí	76	92.7	78	12.5	273.68**	88.82	37.42 – 210.8**
No	6	7.3	547	87.5			
Consumo alcohol							
Sí	79	96.3	195	31.2	129.60**	58.06	18.10 – 186.2**
No	3	3.7	430	68.8			

*p < .05; **p < .01; ^bGrupo de referencia; OR = Odds Ratio; N = Tamaño muestral; IC = Intervalo de Confianza

7.2.3.2. Análisis multivariante

7.2.3.2.1. Evaluación de la colinealidad entre los predictores

Asumimos que el supuesto de no colinealidad se cumple en los siguientes modelos que se presentan, por un lado, porque ninguna de las variables incluidas en cada modelo presenta entre sí correlaciones mayores a .5 y, por otro lado, en cuanto a los estadísticos de colinealidad evaluados entre los que no se obtuvo ningún Factor de Inflación de la Varianza mayor que 10, ni tampoco una tolerancia menor que 0.1, lo cual nos confirma nuevamente la no colinealidad entre las variables. Por tanto, la misma tendencia que se observó para las anteriores variables dependientes en cuanto a la colinealidad, se presenta ahora para el consumo de cannabis.

Tabla 7.31. Estadísticos de colinealidad en consumo de cannabis

Variable	Tolerancia	FIV
Sexo	.91	1.09
Edad	.61	1.63
Convivencia	.94	1.05
Repetir curso	.66	1.49
Nota media	.75	1.32
Depresión	.75	1.31
FRIDA		
Reacción de la familia	.69	1.44
Grupo amigos/iguales	.48	2.07
Acceso a drogas	.64	1.54
Riesgo familiar	.81	1.22
Educación familiar drogas	.96	1.04
Actividades protectoras	.75	1.32
Estilo educativo	.68	1.47
Consumo tabaco	.52	1.89
Consumo alcohol	.56	1.75
Coximetría	.77	1.29

FIV = Factor de Inflación de la Varianza.

7.2.3.2.2. Variables sociodemográficas

En el modelo sólo se incluyó finalmente la variable edad porque ni el sexo ni la interacción entre ambas dieron un coeficiente logit significativo. Por lo que, al igual que ocurría con las otras sustancias, este modelo equivale a los datos del análisis univariante para la variable edad. El resultado obtenido indica que cuanto mayor es la

edad, es más probable que exista consumo de cannabis (OR = .46) y sólo explica un 17% de la varianza.

7.2.3.2.3. Variables de socialización

Para este modelo se incluyeron, como en el análisis del consumo de las anteriores sustancias, el rendimiento académico (nota media y cursos repetidos), los factores de convivencia (número de hermanos y miembros con los que convive), los factores de vulnerabilidad (componentes del cuestionario FRIDA), el consumo de otras sustancias, en este caso tabaco y alcohol, y sus posibles interacciones entre ellas en la predicción del consumo de cannabis. En la siguiente tabla se muestran los datos estadísticos obtenidos del modelo que consiguió el mejor ajuste ($\chi^2 = 8.01$; $gl = 8$, $p = .43$) mediante el análisis de regresión logística por pasos. Dicho modelo explica un 71% de la varianza incluyendo como factores una serie de interacciones entre las variables independientes que se analizan en este trabajo.

A continuación se explica la predicción del consumo de cannabis en función de dichas interacciones. El consumo de cannabis es más probable cuando hay pocas actividades protectoras y los adolescentes no viven con ambos padres (OR = .96), así mismo es más probable ser consumidor de cannabis si el sujeto ha repetido algún curso y además el grupo de amigos también consume, sin ser significativa la diferencia entre el número de cursos repetidos. Otra de las interacciones incluidas en este modelo de predicción es la que viene dada por el consumo de tabaco y la reacción de la familia, así pues los consumidores de cannabis es más probable que también consuman tabaco y que la reacción de la familia ante el consumo de drogas sea de indiferencia que para los no consumidores (OR = 0.90). Finalmente, son importantes las interacciones del grupo de amigos con el acceso a drogas y con las actividades protectoras, es decir, dos factores de interacción más que predicen el consumo de cannabis son el consumo en el grupo de amigos con un acceso fácil a las drogas y, por otro lado, con pocas actividades protectoras (OR = .995 y OR = .997, respectivamente) (ver figuras 18 y 19).

Tabla 7.32. Modelo multivariante para predecir el consumo de cannabis mediante las variables de socialización.

Variable	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC	
					Inferior	Superior
Actividades protectoras x Convivencia	-.042	.013	10.421**	.959	.934	.984
Grupo amigos/iguales x Repetir curso			6.117*			
Grupo amigos/iguales x Repetir curso (1)	.022	.031	.487	1.022	.961	1.087
Grupo amigos/iguales x Repetir curso (2)	-.019	.031	.374	.981	.924	1.042
Consumo tabaco x Reacción familia	-.083	.012	49.748**	.921	.900	.942
Acceso a drogas x Grupo amigos/iguales	-.005	.001	20.546**	.995	.993	.997
Actividades protectoras x Grupo amigos/iguales	-.003	.001	7.521**	.997	.995	.999
Constante	10.496	1.245	71.065**	36160.82		

B = coeficiente; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; *p < .05; **p < .01

Figura 18. Consumo de cannabis en relación a acceso a drogas y pares.

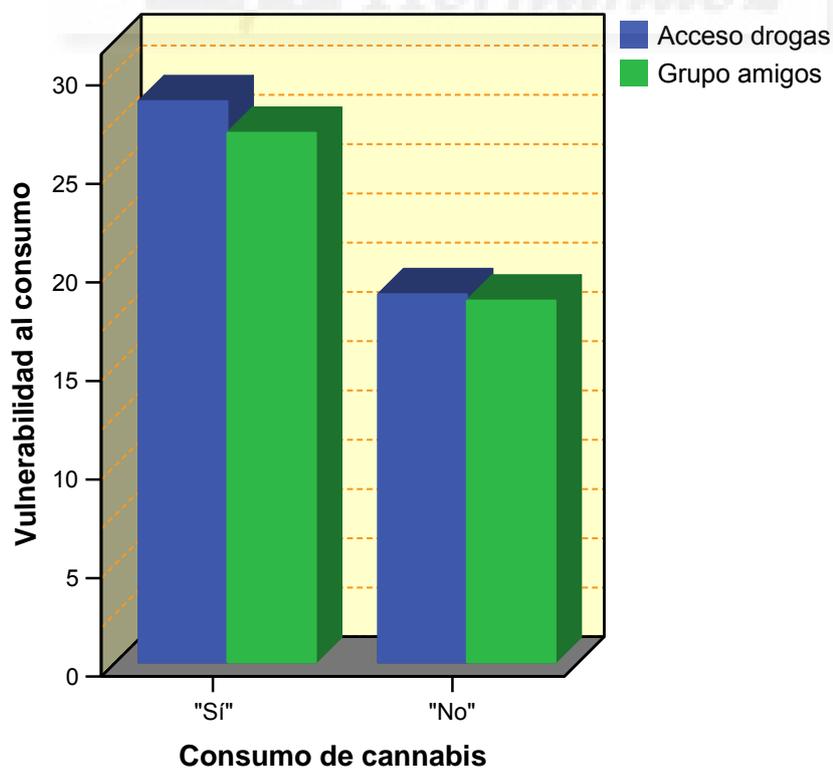
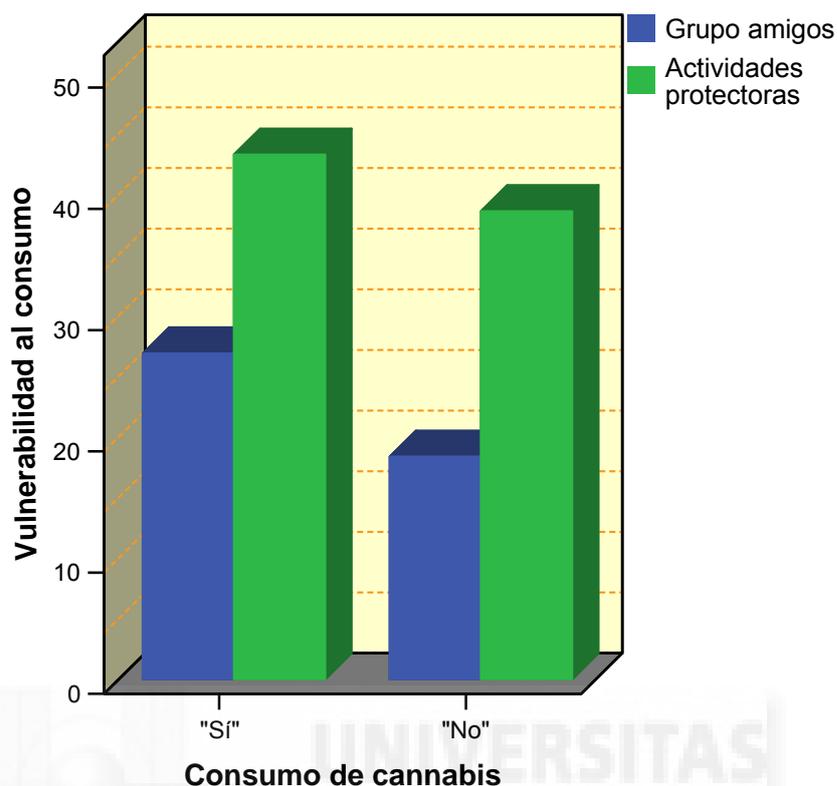


Figura 19. Consumo de cannabis en relación a pares y actividades protectoras.



7.2.3.2.4. Modelo integrador

El modelo integrador que mejor ajusta ($\chi^2 = 4.89$; $gl = 8$, $p = .77$) viene definido por las variables de la tabla 7.33 y explica un 73 % de la varianza. Dicho modelo incluye una serie de factores de interacción que explican el consumo de cannabis. Así pues la interacción que mayor tamaño del efecto tiene es la que viene dada por consumir alcohol y no vivir con los padres ($OR = 0.19$), otras interacciones que explican el consumo son las que vienen dadas por la reacción de la familia y repetir curso, así pues el consumo es más probable cuando hay una reacción de la familia de indiferencia y se ha repetido algún curso, sin ser significativo cuántos cursos se hayan repetido. Otro factor de interacción que ayuda a predecir el consumo es el que viene dado por las actividades protectoras y el grupo de amigos, es decir, es más probable que haya consumo cuando hay pocas actividades protectoras y el grupo de amigos también consume ($OR = 0.99$) (ver figura 19). Finalmente, es más probable entre los consumidores de cannabis que se consuma tabaco y se tenga un fácil acceso a las drogas ($OR = 0.85$).

Como con el consumo de tabaco y de alcohol, para el consumo de cannabis se analizaron también los modelos predictivos excluyendo posibles outliers pero no se obtuvo ninguna mejora en las predicciones, luego no se tuvieron en cuenta esos modelos.

Tabla 7.33. Modelo integrador multivariante para predecir el consumo de cannabis.

Variable	B	Error Típico	Wald	OR	95% IC	
					Inferior	Superior
Consumo alcohol x Convivencia	-1.65	.47	12.41**	.19	.07	.47
Reacción de la familia x Repetir curso			9.66*			
Reacción de la familia x Repetir curso (1)	-.00	.01	.12	.99	.96	1.02
Reacción de la familia x Repetir curso (2)	-.03	.01	4.89**	.96	.93	.99
Actividades protectoras x Grupo amigos/iguales	-.00	.00	29.27**	.99	.99	.99
Consumo tabaco x Acceso a drogas	-.12	.01	50.55	.88	.85	.91
Constante	10.52	1.32	63.15	37130.45		

B = coeficiente; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; *p < .05; **p < .01

7.2.3.3. Análisis de discriminación

Se van a analizar individualmente las variables independientes para comprobar si discriminan o no entre los sujetos que consumen cannabis en mayor o menor medida del mismo modo que se procedía para las otras dos sustancias estudiadas en este trabajo.

Para la cantidad de cannabis consumido las únicas variables que discriminan bien son la frecuencia o cantidad de consumo de las otras dos sustancias evaluadas, tabaco ($\chi^2 = 13.3$, $p < .05$) y alcohol ($\chi^2 = 13.3$, $p < .05$). En cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol, destaca que, aunque la mayoría de los sujetos que consumen de 2 a 3 veces al mes cannabis son los que beben 1 ó 2 copas a la semana o incluso menos, el 36.8% de los sujetos que toman más de 3 copas a la semana consumen cannabis

más de 3 veces a la semana. Respecto al tabaco se observa la misma tendencia, es decir, los porcentajes altos entre los que consumen poco tabaco son los que se sitúan en las categorías de poco cannabis consumido, en cambio, destaca que un 33.3% de los sujetos que fuman más de 10 cigarrillos al día se sitúan en la categoría de consumir cannabis tan sólo una vez al mes (figuras 20 y 21).

Tabla 7.34. Análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de cannabis de variables independientes categóricas.

Variable	Categorías	Frecuencia consumo cannabis (N° de veces)				χ^2
		1 al mes	2-3 al mes	1-2 a la semana	> 3 a la semana	
Sexo	Hombre	17 (42.5)	12 (30)	4 (10)	7 (17.5)	4.87
	Mujer	23 (54.8)	9 (21.4)	4 (9.5)	6 (14.3)	
N° hermanos	0	3 (50)	2 (33.3)	0 (0)	1 (16.7)	5.09
	1 ó 2	30 (45.5)	16 (24.2)	8 (12.1)	12 (18.2)	
	3 ó más	7 (70)	3 (30)	0 (0)	0 (0)	
Convivencia	Ambos padres	33 (47.8)	17 (24.6)	7 (10.1)	12 (17.4)	0.95
	Otros	7 (53.8)	4 (30.8)	1 (7.7)	1 (7.7)	
Consumo alcohol	Sí	36 (47.4)	20 (26.3)	8 (10.5)	12 (15.8)	3.27
	No	4 (66.7)	1 (16.7)	0 (0)	1 (16.7)	
Consumo tabaco	Sí	37 (46.8)	21 (26.6)	8 (10.1)	13 (16.5)	1.16
	No	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Repetir Curso	0	17 (58.6)	8 (27.6)	2 (6.9)	2 (6.9)	5.17
	1	22 (45.8)	11 (22.9)	5 (10.4)	10 (20.8)	
Frecuencia consumo alcohol (copas)	1 al mes	22 (75.9)	6 (20.7)	0 (0)	1 (3.4)	19.4*
	2-3 al mes	8 (44.4)	5 (27.8)	1 (5.6)	4 (22.2)	
	1-2 a la semana	8 (50)	7 (43.8)	0 (0)	1 (6.3)	
	> 3 a la semana	2 (10.5)	3 (15.8)	7 (36.8)	7 (36.8)	
Frecuencia consumo tabaco (cigarrillos)	1-2 al mes	17 (85)	3 (15)	0 (0)	0 (0)	41.7**
	5-10 a la semana	13 (48.1)	7 (25.9)	3 (11.1)	4 (14.8)	
	10-20 a la semana	4 (23.5)	7 (41.2)	2 (11.8)	4 (23.5)	
	> 10 al día	6 (33.3)	4 (22.2)	3 (16.7)	5 (27.8)	

*p < .05; **p < .01; N = tamaño muestral; % = porcentaje de sujetos por filas

Figura 20. Frecuencia de consumo de cannabis en relación a frecuencia de consumo de tabaco.

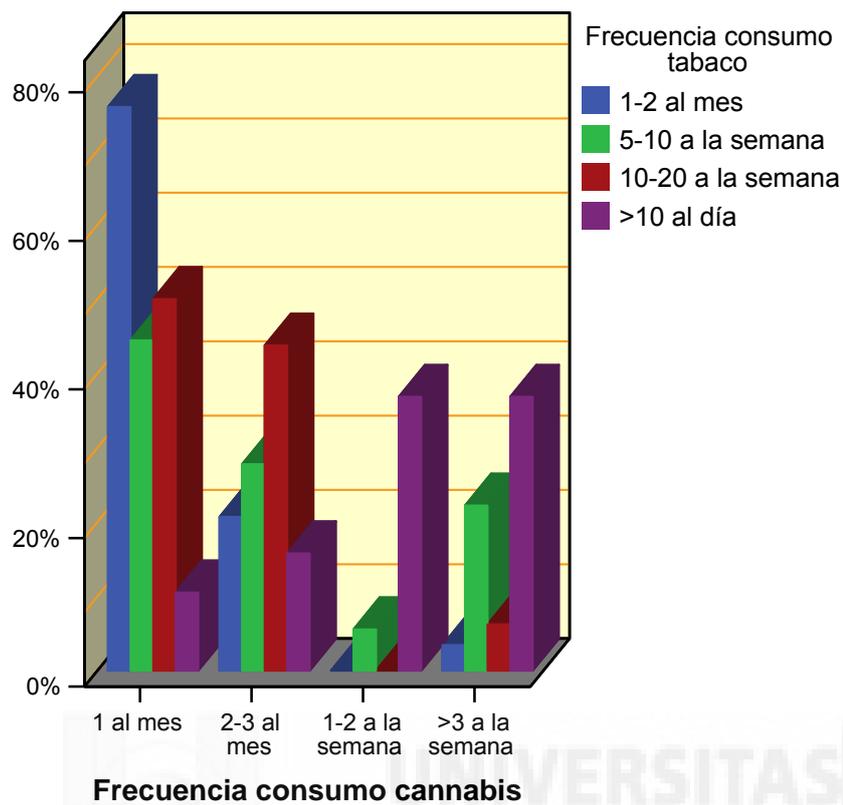
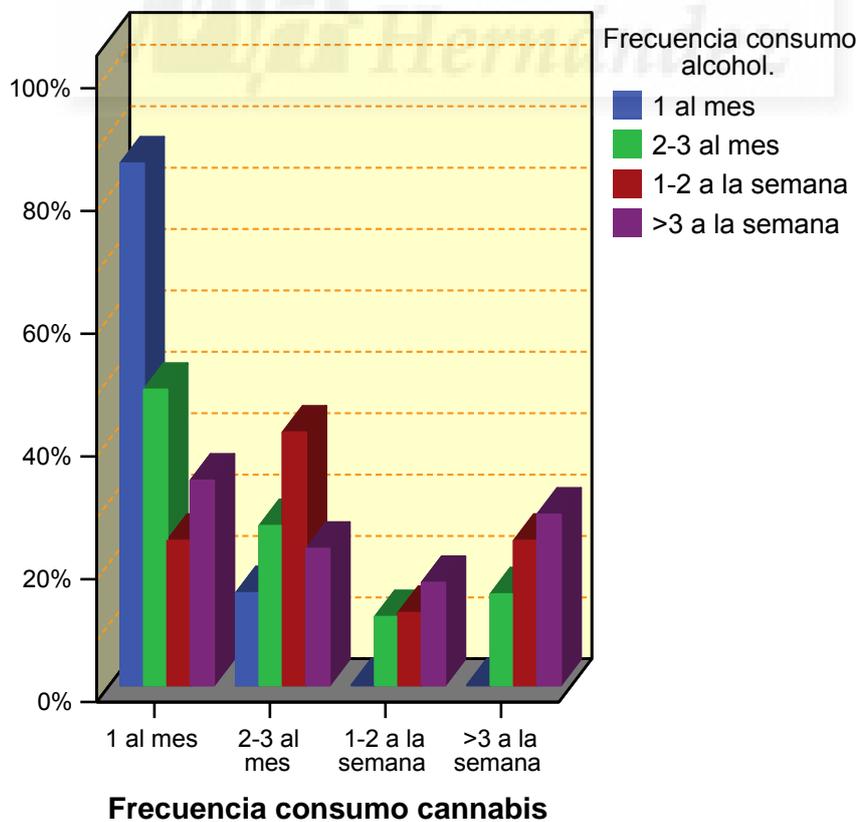


Figura 21. Frecuencia de consumo de cannabis en relación a frecuencia de consumo de alcohol



En cuanto a las variables cuantitativas (tabla 7.35), el consumo de cannabis es menor, cuanto menor es la edad ($T_{\text{Kendall}} = .218$, $p < .05$), cuando el grupo de amigos no consume ($T_{\text{Kendall}} = .336$, $p < .01$), si el acceso a drogas es difícil ($T_{\text{Kendall}} = .211$, $p < .05$) y cuando la puntuación obtenida en la coximetría es baja ($T_{\text{Kendall}} = .262$, $p < .01$).

Tabla 7.35. Análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de cannabis de variables independientes cuantitativas.

Variable	T_{Kendall}
Edad	.218*
Nota media	-.022
Depresión	-.042
Reacción de la familia	-.010
Grupo amigos/iguales	.336**
Acceso a drogas	.211*
Riesgo familiar	.027
Educación familiar drogas	-.003
Actividades protectoras	-.054
Estilo educativo	.072
Coximetría	.262**
Edad de inicio	-.114

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

7.2.3.3.1. Modelo integrador de las variables cuantitativas

Como en los apartados correspondientes a este pero con las sustancias de tabaco y alcohol, aquí se ha realizado nuevamente un análisis de discriminación integrando las variables cuantitativas por pasos. Por lo tanto, se presenta en las tablas de la 7.36 a la 7.39 los resultados correspondientes a la función de discriminación integrando las variables cuantitativas para diferenciar la cantidad de cannabis consumido. El modelo que mejor ajusta y obtiene una mejor función de discriminación fue aquél que explica un 77.8% de la varianza y cuya correlación canónica es de .59. En la tabla 7.3.7 podemos observar que las variables significativas en dicho modelo fueron finalmente la reacción de la familia y la cantidad de cigarrillos fumados, es posible asumir independencia entre ellas y discriminan significativamente entre todos los pares de las cantidades del consumo de cannabis (ver tabla 7.3.8.), excepto entre consumir más de 3 veces a la semana y consumir cannabis entre 1 y 2 veces a la semana ($F = 1.501$, $p = .23$)

Tabla 7.36. Análisis de colinealidad del modelo discriminante de consumo de cannabis

Variable	Tolerancia	F para eliminar	Lambda de Wilks
Reacción de la familia	.947	13.477	.858
Frecuencia consumo tabaco	.947	5.144	.676

Tabla 7.37. Comparaciones entre grupos por pares

Frecuencia consumo cannabis(veces)	Valores F		
	1 al mes	2-3 al mes	1-2 a la semana
2-3 al mes	5.241**		
1-2 a la semana	13.777**	8.634**	
> 3 a la semana	11.242**	9.762**	1.501

*p < .05; **p < .01

Tabla 7.38. Valor de los centroides en las funciones discriminantes

Frecuencia consumo cannabis (veces)	Función
1 al mes	-.507
2-3 al mes	-.222
1-2 a la semana	1.480
> 3 a la semana	1.010

Tabla 7.39. Coeficientes tipificados de las funciones discriminantes canónicas.

Variable	Función
Reacción de la familia	-.404
Frecuencia consumo tabaco	1.012

De nuevo se repite que el único centroide negativo es para aquéllos que consumen poco. Cabe interpretar que los sujetos con menor consumo de tabaco aunque más vulnerables en cuanto a la reacción familiar, es decir, con una reacción familiar de indiferencia ante el consumo, suelen ser calificados como que consumen cannabis 1 ó 2 veces al mes.

Tabla 7.40. Matriz de estructura

Variable	R
Consumo tabaco	.919*
Coximetría	.460*
Consumo alcohol	.374*
Edad	.226*
Nota media	.146*
Riesgo familiar	.143*
Edad de inicio	-.099*
Actividades protectoras	-.171
Reacción familia	-.005
Acceso a drogas	-.066
Educación familiar drogas	-.081
Grupo amigos/iguales	.002
Estilo educativo	.118
Depresión	-.055

*p < .05; **p < .01

En la tabla 7.40 se muestran las correlaciones de todas las variables consideradas en el análisis con la variable dependiente y teniendo en cuenta la posible correlación de las mismas con otras variables. Como podemos ver no todas ellas han sido incluidas en la función aun cuando algunas presentan correlaciones significativas, en cambio dichas correlaciones (e.g., para consumo tabaco, $r = .919$) no han sido consideradas relevantes en cuanto a nueva información aportada a la función debido a que probablemente esas variables dependen de otras incluidas en la función.





CAPÍTULO 8
DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la influencia de determinadas variables psicosociales en el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) e ilegales (cannabis) en una muestra de escolares así como identificar las variables individuales (sociodemográficas y síntomas depresivos) y de socialización (estructura y ambiente familiar, rendimiento académico, relación con el grupo de iguales y consumo de otras sustancias) que predisponen al consumo de tabaco, alcohol y cannabis en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y establecer modelos predictivos del consumo en función de dichas variables.

En relación con los objetivos propuestos y tomando en consideración los datos aportados en la fundamentación teórica, se proponían las hipótesis de investigación que ahora se van a comprobar en su cumplimiento.

Los resultados obtenidos informan tanto de la forma típica en la que las sustancias valoradas (tabaco, alcohol y cannabis) son consumidas por los adolescentes, como del tipo de relación que se establece entre el consumo de las mismas por parte de la muestra de estudio y un conjunto amplio de variables de diversa índole cuya presencia como importantes correlatos y determinantes de la implicación de los adolescentes en el uso de drogas ha sido probada, con mayor o menor éxito, en numerosas investigaciones en este campo.

Así pues, en primer lugar, se ha intentado clarificar el patrón más habitual a través del cual los más jóvenes hacen uso de dichas sustancias adictivas. No es éste un objetivo novedoso, puesto que ya muchos otros investigadores en este campo lo han planteado con anterioridad dando lugar a distintos modelos teóricos explicativos de este mismo hecho, reconocidos ampliamente por la comunidad científica. En todo caso, el interés del presente estudio fue el intentar confirmar de forma empírica todos estos hallazgos y, especialmente, comprobar si en la población en la que se pretende intervenir de forma preventiva, este tipo de explicaciones se adecuan al momento actual y a la población de referencia.

Los resultados validan, en gran medida, las hipótesis de partida puesto que el análisis realizado aporta datos muy afines tanto a esos modelos como a otros estudios del área. En este sentido, se han obtenido unas tendencias bien definidas que son respuesta a la forma real en la que los consumidores más habituales hacen uso de las mismas, confirmando las observaciones ya señaladas por otros autores (PNSD, 2006) de que nos encontramos ante una situación en la que el monoconsumo es prácticamente inexistente y lo que prevalece es una pauta general mucho más cercana

al uso de varias sustancias de forma conjunta que, por la naturaleza de las mismas, bien podría ser reflejo de la involucración de los adolescentes en diferentes etapas de consumo.

La primera hipótesis predecía que se hallarían diferencias significativas en la prevalencia de consumo tanto en función del tipo de sustancia consumida como en función del parámetro de estimación de la misma (consumo en el último mes, edad de inicio de consumo y frecuencia de consumo). A partir de los resultados hallados en la investigación, la hipótesis se confirma en cada uno de sus corolarios. Así, respecto al corolario 1, se ha comprobado que existe mayor prevalencia de consumo de alcohol (38.8%) y tabaco (21%) que de cannabis (11.6%). Estos datos no son coincidentes con los informados por el informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias en el que se indica que un 79,6% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista, fue de 58%, 27,8%, y 20,1%, respectivamente (Plan nacional sobre drogas 2006-2007). Por tanto los datos de cantidades y frecuencias de consumo probatorio de la muestra de nuestra investigación han sido menores de manera notoria, especialmente en el caso del alcohol en el que los datos señalan que la mitad de lo indicado por la encuesta nacional lo ha probado alguna vez en la vida.

Para el corolario 2 de dicha hipótesis queda demostrado que entre las sustancias de comercio legal, se ha dado una mayor prevalencia de consumo de alcohol que de tabaco conforme se acaba de indicar, y respecto al tercer corolario queda corroborado que las mayores tasas de prevalencia de consumo en cada una de las sustancias consideradas se darán al estimar el consumo esporádico (entendido en las frecuencias para cada sustancia como: entre nunca a 10 cigarrillos al mes, a 3 copas al mes o a 3 veces de consumo de cannabis al mes) y éstas irán decreciendo conforme el uso de las mismas sea más reciente o frecuente (94% de consumo de tabaco, 92.1% de consumo de alcohol y 97.1% de consumo esporádico de cannabis). La pauta de consumo mayoritaria en el caso del alcohol es de no consumo o muy esporádico, con una gran mayoría (79,9%) de escolares que no consumen o lo hacen una vez por mes. En el caso del tabaco el consumo también es muy esporádico (88,5%), aunque hay una proporción notable de adolescentes que fuman más regularmente). Respecto al consumo de cannabis, destaca un 3% de consumidores mensuales (2-3 unidades) y un 3% de consumidores semanales.

Si comparamos estos resultados con los de la encuesta nacional (2006) observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, reducción que resulta más notoria en los casos de tabaco y cannabis.

La hipótesis segunda predecía que se encontrarían diferencias en el uso del tabaco y del alcohol en función de variables demográficas y del tipo de sustancia de consumo. A partir de los resultados hallados, la hipótesis se confirma aunque no en todos sus corolarios.

Respecto al corolario 2.1, no se ha comprobado que la proporción de varones consumidores de alcohol fuera mayor que la de las mujeres. Entre éstas consume el 52.2% frente al 47.8% de los varones. Asimismo, la cantidad de alcohol consumida no ha resultado ser superior en el caso de los hombres. De hecho, los resultados indican que las mujeres consumen más alcohol de manera más frecuente en las categorizaciones de 2 a 3 copas al mes (32.9% de mujeres frente a 29.8% de varones) y de más de 3 copas a la semana (10.5% de mujeres frente a 8.4% de varones). No obstante, en el resto de categorizaciones de frecuencia de consumo de alcohol los varones resultan ser más consumidores fundamentalmente en el consumo de una a dos copas por semana (12.2% de varones frente a 9.8% de mujeres).

Respecto al corolario 2.2, que indicaba que la proporción de mujeres fumadoras sería significativamente superior a la de los hombres se confirma, pues los resultados obtenidos indican que el 55.8% de mujeres son fumadoras frente al 44.2% de varones.

En cuanto al corolario 2.3, el cual indicaba que a mayor edad aumentaría tanto el consumo de alcohol en cualquiera de sus formas como el de tabaco se confirma pues los resultados así lo indican (véase tabla de resultados 7.6). En dicha tabla se observa que el consumo de cada una de las sustancias aumenta en cantidad con la edad, si bien el consumo habitual y frecuente a edad más temprana es para el alcohol cuya media de edad entre ambas frecuencias de consumo está separada por un mes de diferencia en edad. Además queda comprobado el corolario 2.4, que establecía que a mayor edad se daría un aumento de la cantidad de tabaco o alcohol consumido estableciéndose diferencias significativas con respecto a los grupos de menor edad. O de otra manera, los adolescentes consumen menos tabaco, alcohol y cannabis cuanto menor es la edad ($T_{\text{Kendall}} = .165$, $p < .05$, $T_{\text{Kendall}} = .199$, $p < .05$ y $T_{\text{Kendall}} = .218$, $p < .05$ respectivamente).

La tercera hipótesis predecía que en el grupo de adolescentes con un consumo reciente de cannabis existirían diferencias significativas en función de variables

sociodemográficas. A partir de los resultados hallados, la hipótesis se confirma en cada uno de sus corolarios, aunque no de manera completa. Así, en el Corolario 3.1, se establecía que la proporción de hombres consumidores de cannabis sería superior a la de las mujeres. La hipótesis queda refutada pues los resultados obtenidos indican que el 51.2% de mujeres son consumidoras de cannabis frente al 48.8% de varones. No obstante, en cuanto al análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de cannabis de variables independientes categóricas en la única categorización en la que la frecuencia de consumo de cannabis es superior entre las mujeres es la de una vez al mes o consumo ocasional o probatorio (54.8% de mujeres frente a 42.5% en hombres). El resto de categorizaciones en la discriminación de la frecuencia de consumo de cannabis es superior en los varones. Por tanto el consumo probatorio es superior en ellas pero el ocasional, frecuente y habitual es superior en varones.

En el corolario 3.2 se establecía que el mayor porcentaje de consumidores se daría en el rango de mayor edad. Queda por tanto confirmado éste punto en los resultados obtenidos, salvo en el caso del tabaco aunque de manera anecdótica para el paso de consumo habitual a frecuente (Véase tabla de resultados 7.4).

En el corolario 3.3 se establecía que la edad media de inicio sería mayor para el cannabis que para el tabaco y el alcohol. A partir de los resultados encontrados se confirma esta hipótesis, así las respectivas medias de edad de consumo para cada una de las tres sustancias de 14.7 años para el alcohol, 14.9 en el tabaco y 15.1 años en consumidores de cannabis.

La cuarta hipótesis predecía que se hallaría un patrón típico de consumo con pautas más cercanas al policonsumo que al consumo único en el que el uso de cualquiera de las drogas de iniciación implique un mayor uso diferencial de cualquiera de las otras dos. A partir de los resultados hallados en la investigación, la hipótesis se confirma de manera correcta, puesto que destacan especialmente las diferencias entre los fumadores y no fumadores en cuanto al consumo de cannabis y alcohol siendo éste más probable entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 22.72 y OR = 88.82, respectivamente). De hecho, es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores el consumo de alcohol y de cannabis con una reacción familiar de indiferencia ante el consumo de tabaco (OR = 0.94 y OR = 0.93, respectivamente). En cuanto al análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de tabaco, aparece un patrón típico en el que dentro de las cuatro categorizaciones de consumo de tabaco relacionadas con consumo de alcohol y de cannabis aparece una evolución clara respecto a los porcentajes de consumo. Así, aquellos que fuman nada o 1 o 2 cigarrillos

al mes beben nada o una copa al mes en un porcentaje del 64% y los que fuman más de 10 cigarrillos al día y beben más de 3 copas/semana representan también el porcentaje más elevado (42.1%) en su respectiva categorización. En la zona intermedia de categorización respecto a la relación entre fumar y beber el patrón de consumo no es tan claro puesto que aparece un notorio consumo mayor de alcohol que de tabaco y como se ha indicado anteriormente, se ha comprobado que existe mayor prevalencia de consumo de tabaco (21%) y alcohol (38.8%) que de cannabis (11.6%). Respecto a la relación entre el consumo de tabaco y de cannabis de nuevo aparece un patrón típico en el que el hecho de ser consumidor de la primera predice el mayor consumo en la segunda de las sustancias. Aquellos que fuman nada o 1 o 2 cigarrillos al mes fuman porros nada o una vez al mes en un porcentaje del 60% y los que fuman más de 10 cigarrillos al día y fuman porros más de 3 veces/semana representan también el porcentaje más elevado (58.3%) en su respectiva categorización.

El mismo resultado aparece en cuanto a la relación entre consumo de alcohol y las otras sustancias hallándose un patrón típico de consumo. Así, Respecto al consumo de tabaco y cannabis es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no lo hacen (OR = 22.72 y OR = 58.06, respectivamente).

En cuanto al análisis de discriminación de la frecuencia de consumo de alcohol, aparece un patrón típico en el que dentro de las cuatro categorizaciones de consumo de alcohol relacionadas con consumo de tabaco y de cannabis aparece una evolución clara respecto a los porcentajes de consumo. Así, aquellos que beben nada o una copa al mes fuman nada o 1 o 2 cigarrillos al mes en un porcentaje del 58.1% y los que fuman más de 10 cigarrillos al día y beben más de 3 copas/semana representan también el porcentaje más elevado (34.8%) en su respectiva categorización.

Respecto a la relación entre el análisis de la frecuencia de consumo de alcohol y de cannabis de nuevo aparece un patrón típico en el que el hecho de ser consumidor de la primera predice el mayor consumo en la segunda de las sustancias. Aquellos que beben nada o 1 copa al mes fuman porros nada o una vez al mes en un porcentaje del 60% y los que beben más de 3 copas/semana y fuman porros más de 3 veces/semana representan también el porcentaje más elevado (38.5%) en su respectiva categorización.

Respecto al consumo de tabaco y alcohol es más probable entre los que consumen cannabis que entre los que no lo hacen (OR = 88.82 y OR = 58.06, respectivamente). De nuevo, en el análisis de discriminación de la frecuencia de

consumo de cannabis, aparece un patrón típico en el que dentro de las cuatro categorizaciones de su consumo relacionadas con consumo de tabaco y de alcohol aparece una evolución clara respecto a los porcentajes de consumo. Así, aquellos que fuman porros nada o 1 o 2 veces al mes beben nada o una copa al mes en un porcentaje del 76% y los que fuman porros más de 10 veces al día y beben más de 3 copas/semana representan también el porcentaje más elevado (37%) en su respectiva categorización.

Respecto a la relación entre el análisis de la frecuencia de consumo de cannabis y de tabaco de nuevo aparece un patrón típico en el que el hecho de ser consumidor de la primera predice el mayor consumo en la segunda de las sustancias. Aquellos que fuman porros nada o 1 vez al mes fuman tabaco nada o una vez al mes en un porcentaje del 85% y los que beben más de 3 copas/semana y fuman porros más de 3 veces/semana representan también el porcentaje más elevado (28%) en su respectiva categorización. Queda por tanto corroborada la cuarta hipótesis al haberse demostrado la existencia en cada una de las sustancias de un patrón típico de consumo, a saber; aquellos que menos consumen de una de las sustancias menos lo harán de las otras dos. Así pues aparecen asociados el consumo de alcohol, de tabaco y de cannabis, lo que pone de manifiesto nuevamente el hecho constatado de la existencia de una fuerte relación entre los consumos de las drogas legales (Aubé y Villalbí, 1993b; Campins et al., 1996; Elzo et al., 1992; Gili et al., 1989) y entre éstos y el uso habitual de cannabis todas ellas aquí llamadas drogas de iniciación. Este último aspecto también ha sido corroborado de forma sistemática por diferentes estudios desde comienzos de la década de 1990 (Comas, 1990; Elzo et al., 1992; Itza, 1992; Luengo et al., 1992) y, con anterioridad, fue ya incluido por otros autores en modelos teóricos explicativos del consumo de drogas (Kandel, 1975; Kandel y Logan, 1984) en los que el uso de drogas legales era interpretado como una importante condición previa del consumo de cannabis. Estos resultados son consistentes con los aportados por Muñoz-Rivas (2001) y por Secades et al., (2003).

En resumen, los resultados obtenidos sobre el modo en que covaría el uso de las diferentes sustancias psicoactivas consideradas, pone de manifiesto nuevamente el hecho de que, al igual que ocurre en población adulta (Itza, 1992), en los adolescentes es posible hablar también de un consumo múltiple de sustancias que incrementa la gravedad del fenómeno, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su

toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y, como no, empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud.

Tomando en consideración la constatación de esta realidad, parece aún más importante el llegar a conocer los determinantes específicos del consumo de las distintas drogas comentadas, puesto que sólo a partir de este conocimiento es posible determinar aquellas claves de actuación que sean lo suficientemente relevantes para conseguir resultados preventivos eficaces. En este sentido, uno de los objetivos de la presente tesis doctoral fue comprobar la capacidad predictiva de una serie de factores de carácter psicosocial en el consumo diferencial de cada una de las sustancias de uso común entre los adolescentes escolarizados componentes de la muestra de estudio.

La quinta hipótesis predecía que se esperaba encontrar que la sintomatología depresiva fuera mayor en los consumidores de tabaco, alcohol y cannabis. A partir de los resultados hallados en la investigación, la hipótesis se confirma de manera correcta, puesto que estos apuntan a que la sintomatología depresiva aparece asociada al consumo de tabaco, es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores (OR = .93). No obstante la existencia de sintomatología de depresión no resulta significativa en la cantidad de tabaco que se consuma. La sintomatología depresiva aparece también relacionada con el consumo de alcohol, y de cannabis, es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores (OR = .94 y .95 respectivamente). No obstante, la sintomatología depresiva no correlaciona significativamente con la cantidad y frecuencia de alcohol y/o de cannabis que se consuma.

Al incluir en el modelo integrador para la predicción del consumo de tabaco a partir de la variable depresión, la variable género, excluida en el modelo de variables sociodemográficas, pasa a ser significativa cuando interactúa con la sintomatología depresiva. Además, es más probable entre los consumidores no ser varones cuando puntúan alto en la escala CDI de depresión (OR = 1.05). En este modelo el grupo de amigos fumadores y el estilo educativo autoritario interactúan con niveles de depresión alto siendo más probable estas características entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 0.99 y OR = 1, respectivamente), aunque el estilo educativo con la sintomatología depresiva presenta un tamaño del efecto casi nulo (ver figura 2).

Los resultados obtenidos en cuanto al papel de la depresión en la predicción del consumo indican en primer lugar que considerando los datos extraídos para el uso de

sustancias deben señalarse dos conclusiones importantes con respecto al autoconcepto: (a) El autoconcepto-autoestima se presenta como una variable predictora de un mayor riesgo, en el sentido de que aquellos jóvenes que tienen un alto concepto de sí mismos tienen una probabilidad mayor de beber o fumar o de consumir cannabis.

En sentido opuesto a los resultados de otros estudios que afirman que sería el hecho de obtener menores puntuaciones en autoestima el que predeciría una situación de mayor riesgo (Taylor y Del Pilar, 1992; Luengo et al., 1992), los datos de la presente investigación podrían plantear una nueva forma de interacción entre la dimensión autoconcepto-autoestima y el consumo de sustancias psicoactivas. Así pues, el hecho de que el joven piense que los demás le aprecian y le consideran como una persona relevante y, en muchos aspectos superior, podría colocarle en una situación de mayor seguridad con respecto al uso de drogas viéndose más capacitado para, bien poder iniciar el consumo y experimentar con el alcohol y el tabaco sin continuar con el uso de otras sustancias "más duras" y cumplir así muchas de las expectativas que se derivan de este tipo de percepciones o bien, una vez establecido en una etapa más avanzada de consumo como es el uso de la cocaína o las drogas de síntesis, continuar con el mismo considerando su valor personal corroborado por lo demás para frenar el abuso e, incluso, la adicción. (b) Por el contrario, el autoconcepto positivo aparece para todas las sustancias valoradas como predictor de una menor implicación en el consumo de las mismas.

A diferencia del caso anterior, en esta ocasión, el hecho de que el joven se autovalore a sí mismo de forma positiva sintiéndose apreciado como individuo relevante en su entorno, posiblemente le coloca en una situación de mayor protección puesto que, como se ha confirmado en repetidas ocasiones, una mayor satisfacción personal es un adecuado predictor de una menor implicación del adolescente en el consumo de drogas (Crumley, 1990; Kamíner, 1991; Ruiz et al., 1994; Stowell y Estroff, 1992).

En segundo lugar, es importante señalar que la depresión ha sido considerada en la literatura como un importante factor de riesgo para el consumo de cualquier tipo de droga (Bleichmar, 1994; Calafat y Amengual, 1991; Elliot et al., 1985; Huba et al., 1986; Kaplan, 1985), es una cuestión que se ve confirmada en el presente estudio. Es decir, el hecho de que el adolescente se encuentre en una situación emocional caracterizada por el desánimo, la tristeza, una baja autoestima y una mayor dificultad para disfrutar con lo cotidiano ha resultado ser un predictor significativo de un mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

En este sentido, parece que la presencia de sintomatología depresiva puede tener un papel relevante a la hora de pronosticar la implicación del joven en las primeras etapas de consumo pero no en aquellas más avanzadas en las que predomina el uso de sustancias como la cocaína o las drogas sintéticas (Muñoz et al. 1997).

De cualquier modo, a pesar de lo comentado anteriormente y situándonos en el polo opuesto, en el consumo de cannabis, el hecho de que el adolescente se sienta plétórico, satisfecho de sí mismo y querido por los que le rodean figura como una variable de protección relevante frente al mismo, confirmando (si se tienen en cuenta las consideraciones realizadas en este mismo sentido en cuanto a la importancia del autoconcepto positivo) la importancia de que el joven se encuentre en una situación de mayor satisfacción consigo mismo y con los demás para que la probabilidad de implicarse en las etapas más avanzadas de consumo decrezca.

Finalmente, también es necesario hacer referencia a los resultados obtenidos en cuanto al papel de la presencia de estados de ánimo negativos en la predicción del consumo. En éste sentido, otros estudios han examinado la relevancia de la autoestima del adolescente como factor de riesgo. Así, el trabajo desarrollado por Jones y Heaven (1998) identificó la autoestima como predictor significativo del consumo de tabaco, el de Alonso y Del Barrio (1996) encontró una fuerte relación entre bajos niveles de autoestima y consumo de drogas legales en una muestra española y, finalmente, el efectuado por Wild, Flisher, Bhana y Lombard (2004) destacó la relación significativa entre bajos índices en las subescalas de autoconcepto escolar y familiar y el consumo de alcohol y tabaco.

La hipótesis sexta predecía que la estructura y composición familiar serían predictores del consumo de drogas. A partir de los resultados hallados, la hipótesis queda refutada para las tres sustancias.

Respecto al corolario 6.1, que predecía que el número de hermanos no predice un mayor uso de alcohol, tabaco y cannabis, y por tanto no resultará significativo, para todas las sustancias estudiadas, el número de hermanos no ha predicho que haya mayor consumo.

En el Corolario 6.2 se apuntaba que la convivencia con personas distintas a los padres o con uno solo de los progenitores predice un mayor uso de drogas de iniciación. Muchos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar como el hecho de que uno de los padres vuelva a casar se (Needle, Su y

Doherty, 1990; Comas, 1990; Polaino, 1991; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994), podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo futuro de tóxicos por parte de los hijos.

Los resultados de nuestra investigación han encontrado que los adolescentes que fuman, beben y consumen cannabis es más probable que vivan con sus dos padres en comparación con los no fumadores, no bebedores y no consumidores de cannabis (OR = 0.60, OR = 0.95 y OR = 0.87 respectivamente). No obstante, el tipo de convivencia no afecta significativamente al número de cigarrillos fumados ni a la cantidad de alcohol ni de cannabis consumido. Asimismo, el modelo integrador para la predicción del consumo de cannabis encuentra que la interacción que mayor tamaño del efecto tiene es la que viene dada por consumir alcohol y no vivir con los padres (OR = 0.19).

Por tanto, el número de hermanos y el tipo de convivencia no afectan significativamente al número de cigarrillos o porros fumados ni a la cantidad de alcohol y frecuencia de alcohol consumido.

Estos resultados no son consistentes con los informados por Secades et al., (2003) puesto que sus datos guardan una relación estadísticamente significativa con el Consumo. Cuando se analiza la relación del Consumo con otras variables que miden otros aspectos de la convivencia, como el parentesco de las personas que conviven con el sujeto, o si es huérfano de padre o madre, no encuentra relación significativa alguna. Asimismo nuestros resultados son coincidentes parcialmente con los obtenidos por Muñoz-Rivas et al., (2001). Si bien en éste caso el factor de convivencia que más varianza explicativa recibe es la de ser el hijo mayor para el no consumo de drogas legales y conforme a nuestra corroboración de hipótesis el convivir con otras personas distintas a los padres en el consumo de cannabis ($\beta = 0.42$).

La séptima hipótesis predecía que el rendimiento académico sería menor entre los consumidores de tabaco, alcohol y cannabis. Los resultados obtenidos indican que la hipótesis se confirma, puesto que han encontrado que entre los adolescentes que fuman, el rendimiento académico es peor dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido algún curso que los no fumadores (OR = 2.08 y OR = 3.59, respectivamente). Estos resultados son consistentes con los informados por Alfonso et al., (2006). También se discrimina significativamente el consumo de tabaco en función de los cursos repetidos. La mayoría fuman de 1 a 2 cigarrillos al mes independientemente de no haber repetido ningún curso o haber repetido un curso

(61.4% y 35.6%, respectivamente), en cambio, un 43.5% de los que han repetido dos cursos fuman de 5 a 10 a la semana, luego sólo un 8.6% de los que no han repetido ningún curso fuman más de 10 cigarrillos a la semana, sin embargo, de los que han repetido un curso, lo hacen un 21.9% (ver figura 5).

Respecto al consumo de alcohol, el rendimiento académico es peor entre los adolescentes que beben, dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido al menos un curso (OR = 1.46 y OR = 2.31, respectivamente). Como ocurría en la cantidad de cigarrillos fumados, también se discrimina significativamente el consumo de alcohol en función de los cursos repetidos ($\chi^2 = 25.66$, $p < .01$), la mayoría beben 1 copa al mes independientemente de no haber repetido ningún curso o haber repetido un curso (55.7% y 36.3%, respectivamente), en cambio, un 43.8% de los que han repetido dos cursos beben de 2 a 3 copas al mes, luego sólo un 4.2% de los que no han repetido ningún curso beben más de 3 copas a la semana, sin embargo, de los que han repetido un curso, lo hacen un 19.8% (ver figura 15).

En cuanto al consumo de cannabis, el rendimiento académico es peor entre los adolescentes que lo fuman, dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido al menos un curso (OR = 1.92 y OR = 3.28, respectivamente).

Como queda demostrado, el entorno escolar ha resultado tener un impacto relevante en el consumo puesto que, en consonancia con otros estudios, el ser repetidor de curso y su plausible correlato, no valorado en la presente tesis, de absentismo escolar se consolida como un importante predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas (Holmberg, 1985; Barro y Kolstad, 1987; Mensh y Kandel, 1988). Estos resultados son consistentes con los aportados por Alfonso et al. (2006a).

Además, en el caso del consumo de drogas legales e ilegales, el mantener una relación conflictiva con el centro de enseñanza también se revela como un importante factor de riesgo, lo que señala la relevancia de este tipo de relaciones especialmente tanto en una primera fase de experimentación en el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) como en otras más avanzadas en las que el joven hace uso de drogas como el cannabis.

De cualquier forma, en el sentido ya propuesto por Elliot y sus colaboradores (1985), el establecer un fuerte vínculo con la escuela y el estar satisfecho de la

educación que se recibe, sí se erige como un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de drogas, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector para cualquiera de las sustancias de análisis (Rutter et al., 1979; Barca, Otero-López, Mirón y Santorum, 1986).

La octava hipótesis predecía que la reacción de la familia ante el consumo sería una variable predictora del consumo de drogas de iniciación y específicamente en su corolario 8.1 se indicaba que la reacción del padre, madre, hermanos o hermanas, abuelos u otras personas de la familia en forma de disgusto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis por parte del adolescente será predictor de un menor uso de drogas. Los resultados obtenidos permiten corroborar dicha hipótesis puesto que es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores de tabaco, entre los bebedores y entre los consumidores de cannabis que sean más vulnerables al consumo de tabaco debido a la reacción familiar de indiferencia ante el consumo (OR = .91, OR= .93 y OR= .91 respectivamente).

En cuanto al análisis de discriminación de la frecuencia de consumo, los resultados encuentran que los adolescentes consumen menos tabaco y alcohol a mayor disgusto de la familia ante el consumo. Eso ocurre porque en realidad se medía vulnerabilidad. Así, a menos consumo, menos vulnerable respecto a la familia ($\tau_{\text{Kendall}} = .193$, $p < .01$ $\tau_{\text{Kendall}} = .206$, $p < .01$ respectivamente). No obstante en el caso del cannabis la reacción de la familia no resulta significativa en cuanto a la cantidad consumida. Tal vez se deba a que el consumo de cannabis está más asociado a factores de mayor riesgo familiar conforme se ha hallado en el apartado de resultados y una vez que se ha iniciado el consumo éste se vuelve más problemático, además de que está asociado a una edad media mayor de consumo. Estos resultados son consistentes con los aportados por Muñoz-Rivas (2001), por Secades et al. (2003) y por Alfonso et al. (2006c).

La hipótesis novena predecía que el consumo y la actitud hacia las drogas por parte de los amigos, y las actividades de riesgo que realizan conjuntamente con sus iguales será un pronosticador significativo del consumo de drogas de iniciación.

Muchos estudios confirman de forma genérica la importancia de la comunicación paterno filial pero, con referencia al problema concreto de las drogas, sostienen que a pesar de que la relación con los padres tiene un protagonismo especial en la vida del joven, la que se establece con los amigos puede llegar a ser mucho más relevante (Comas, 1990; Graña y Muñoz-Rivas, 2000).

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco, de alcohol o de drogas ilegales por parte del mejor amigo/a o por parte del grupo de amigos/as, así como en cuanto a la frecuencia de realización de actividades de ocio y tiempo libre relacionado con potencial consumo (v.g., ir a salas recreativas), han resultado ser predictivas de un mayor uso de drogas de iniciación.

La mayor probabilidad del consumo de tabaco está relacionada con la vulnerabilidad al mismo respecto a las variables que hacen referencia a las relaciones familiares y con el grupo de iguales, es decir, éstas presentan tamaños del efecto significativos beneficiando al consumo de tabaco. En consecuencia, es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a un grupo de amigos fumadores (OR = .71). En el modelo integrador para el consumo de tabaco el grupo de amigos fumadores y el estilo educativo autoritario interactúan con niveles de depresión alto siendo más probable estas características entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 0.99 y OR = 1, respectivamente). Por último, también distingue a los fumadores de los no fumadores que los primeros presentan más consumo de alcohol con más probabilidad de tener un grupo de amigos fumadores (OR = 0.89). En cuanto al consumo de alcohol, La probabilidad del consumo respecto a las variables que hacen referencia a la vulnerabilidad del mismo con el grupo de iguales presenta tamaños del efecto significativos beneficiando al consumo de alcohol. Así pues, es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no, que presenten una mayor vulnerabilidad debido a un grupo de amigos consumidores (OR= .75). Otras dos interacciones que lo predicen son el hecho de pertenecer a un grupo de iguales que también beben con un fácil acceso a las drogas, además de escasas actividades protectoras (OR = .997, OR = .998, respectivamente). En el modelo integrador para el consumo de alcohol, se incluyen unas interacciones que predicen el consumo como es la combinación de una mayor edad con un grupo de iguales que consume (OR = .991) (ver figura 11).

En cuanto a la influencia del grupo de iguales consumidores respecto al consumo cannabis es más probable entre los fumadores de cannabis que entre los no fumadores que sean más vulnerables (OR= .69). Es más probable que haya consumo cuando aparece una interacción en la que hay pocas actividades protectoras y el grupo de amigos también consume (OR = 0.99) (ver figura 19).

En el análisis de discriminación de la frecuencia de consumo, los resultados encuentran que los adolescentes fuman, beben y consumen cannabis de manera cuantitativamente menor cuando los amigos no consumen ($\tau_{\text{Kendall}} = .386$, $p < .01$, τ_{Kendall}

= .399, $p < .01$ y $\tau_{\text{Kendall}} = .336$, $p < .01$ respectivamente). Es decir, los sujetos con menor vulnerabilidad entre el grupo de amigos, es decir, con un grupo de amigos que no consume suelen ser calificados como que fuman, beben o consumen cannabis en la menor de las categorizaciones de consumo.

Así, en lo referente al valor predictivo de las variables relacionadas con el grupo de iguales, la que aparece preferentemente como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas, es el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente (Brook et al., 1990; Díaz y Sanabria, 1993; Dishion y Loeber, 1985; Goe et al., 1985; Pons et al., 1996; Swadi, 1988; White et al., 1986). Es importante señalar que, mientras esta dimensión conductual que hace referencia al hecho de que el que éstos beban, fumen, sean consumidores de cannabis determina en gran medida el tipo de sustancias que el joven va a consumir (Luengo et al., 1992; Otero et al., 1989) se cumple para el total de las sustancias estimadas, la influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que éste los ve, sólo es predictor significativo del consumo de drogas legales.

Este hecho corrobora los resultados de algunos estudios que han considerado las relaciones de intimidad entre los compañeros del grupo, constatando que éste podría configurarse como un potente pronosticador de la implicación del joven en un primera etapa de consumo centrada en el uso de alcohol y tabaco (Margulies et al., 1977; Downs, 1987; Otero et al., 1989) pero, una vez establecida, tal y como propusieron Kandel y Andrews (1987), sería la imitación de la conducta de los iguales la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores).

Con todo, entre las variables relacionadas con el grupo de iguales, la que aparece preferentemente como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas, es el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente (Dishion y Loeber, 1985; Goe, Napier y Bachtel, 1985; White, Johnson y Horowitz, 1986; Swadi, 1988; Brook y cols., 1990; Díaz y Sanabria, 1993; Pons y cols., 1996). Es importante señalar que, mientras esta dimensión conductual que hace referencia al hecho de que el que éstos beban, fumen, y/o utilicen cannabis determina en gran medida el tipo de sustancias que el joven va a consumir (Otero y cols., 1989; Luengo y cols., 1992) se cumple para el total de las drogas estimadas. La influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que éste los ve, sólo es predictor significativo del consumo de

drogas legales e ilegales. Este hecho corrobora los resultados de algunos estudios que han considerado las relaciones de intimidad entre los compañeros del grupo, constatando que éste podría configurarse como un potente pronosticador de la implicación del joven en un primera etapa de consumo centrada en el uso de alcohol y tabaco (Downs, 1987; Otero y cols., 1989) pero, una vez establecida, tal y como propusieron Kandel y Andrews (1987), sería la imitación de la conducta de los iguales la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores).

La hipótesis décima predecía que la percepción del adolescente de la facilidad que tiene para conseguir drogas aumentará la probabilidad del consumo de drogas de iniciación. Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a la facilidad al acceso de las drogas (OR = .89). Asimismo, es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no, que presenten una mayor vulnerabilidad debido a la facilidad al acceso de las drogas (OR= .89). El modelo integrador del consumo de alcohol incluye algunas interacciones que predicen el consumo aunque con tamaños del efecto pequeños, que entre otras incluye el alto riesgo familiar con el acceso a drogas (OR = 998) (vease figura 12).

Respecto al consumo de cannabis, los resultados concluyen que es más probable entre los fumadores de cannabis que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a la facilidad al acceso de las drogas (OR= .85). A éste respecto, el modelo multivariante creado para explicar el consumo de cannabis concluye que entre otros, uno de los factores de interacción que más predicen el consumo de cannabis son el consumo en el grupo de amigos con un acceso fácil a las drogas (OR = .995) (ver figura 18). Estos resultados son consistentes con los aportados por Alfonso et al. (2006b).

Asímismo, y respecto al análisis de la frecuencia de consumo de cada una de las sustancias evaluadas, se ha concluido que los adolescentes consumen menos tabaco, alcohol y cannabis a mayor dificultad en acceder y conseguir drogas, además con unos valores aproximados entre sí ($T_{Kendall} = .218$, $p < .01$, $T_{Kendall} = .215$, $p < .01$ y $T_{Kendall} = .211$, $p < .05$ respectivamente).

La hipótesis decimoprimer predecía que la carencia de afecto o el maltrato familiar, el consumo de drogas por parte de la familia y la existencia de conflicto familiar serían predictores del consumo de drogas de iniciación.

De forma genérica, la comunidad científica sostiene que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999) como para el consumo de sustancias (Otero, Mirón y Luengo, 1989).

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a la existencia de una relación familiar problemática (OR = .90). No obstante, al integrar todas las variables de socialización en un único modelo, observamos que muchas de las características significativas en la distinción entre fumadores y no fumadores dejan de serlo al controlar por otros factores. Así, por ejemplo, variables como la edad, el riesgo familiar, el estilo educativo y con quien convivan, entre otras, dejan de ser significativas. Una continuación consistente con la anterior afirmación es el hecho de que los factores relacionados con el riesgo familiar no han resultado ser significativas en la cantidad de tabaco que se consuma.

Respecto a la relación entre el consumo de alcohol y la existencia de riesgo familiar, Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de alcohol es más probable entre los bebedores que entre los no bebedores que sean más vulnerables debido a la existencia de riesgo familiar (OR = .91). El último factor que entra en el modelo de variables de socialización para predecir el consumo de alcohol, aunque también con un tamaño del efecto casi nulo (OR = .998) es el alto riesgo familiar en el consumo y una educación en la misma favorecedora al consumo (ver figura 10). El modelo integrador para la predicción del consumo de alcohol encuentra que el alto riesgo familiar con el acceso a drogas obtiene una puntuación suficiente aunque poco clarificadora (OR = 998).

Respecto al análisis de la frecuencia de consumo de alcohol se ha concluido que los adolescentes consumen menos alcohol cuanto mejores son las relaciones familiares ($T_{\text{Kendall}} = .156, p < .01$)

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis respecto al consumo de cannabis y encuentran que es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a la existencia de una relación familiar problemática (OR = .90). No obstante, los factores relacionados con el riesgo familiar no han resultado ser significativas en la cantidad de cannabis que se consuma.

Por tanto, el hecho de que existan disputas frecuentes entre el joven y sus padres y entre éstos entre sí, predice una probabilidad mayor de que éste beba, fume o consuma fármacos o derivados (Brook et al., 1983; Berkowitz y Perkins, 1986; Otero et al., 1989; Piercy, Volk, Trepper y Sprengle, 1991; Friedman y Utada, 1992),

Estos resultados son consistentes con los aportados por Secades et al., (2003) y por Alfonso et al., (2006). Secades et al., (2003) dice que “los adolescentes que muestran un mayor consumo (grupo de consumidores) dan con mayor proporción de la esperable por azar ($p < 0.05$) respuestas que indican una percepción de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar (fundamentalmente de los padres) o bien respuestas que dudan de la bondad del trato que reciben o del afecto que se les profesa por parte de padres y familiares”

La hipótesis duodécima predecía que las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas como lo son las normas y advertencias familiares respecto al uso y riesgo del consumo de drogas son predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación. La variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia. Kandel y Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas. Además, El uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos (Brook et al., 1990). En este caso, esta correlación positiva se ha comprobado para la mayor parte de las drogas tanto legales como ilegales (Oei, Fae y Silva, 1990; Fournet et al., 1990; Aubà y Villalbí, 1993a; Alonso y Del Barrio, 1994; Campins et al., 1996).

Atendiendo al factor más actitudinal del modelado parental, es importante señalar que las actitudes permisivas de éstos con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real (Brook et al., 1986; Hansen et al., 1987; Pons et al., 1996).

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco favorece al consumo una educación familiar en drogas vulnerable al mismo (OR = 0.98). Además, desde el modelo predictivo basado en las variables de socialización, es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores la combinación entre una educación familiar vulnerable al consumo y una nota media baja (OR = 1.03). Respecto al análisis de la frecuencia de consumo de tabaco, se ha

concluido que los adolescentes consumen menos tabaco ante normas familiares bien establecidas respecto al uso de drogas ($T_{\text{Kendall}} = .273, p < .01$).

Es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no, que presenten una mayor vulnerabilidad debido a una educación familiar vulnerable al consumo de drogas (OR = .95). El modelo de las variables de socialización para predecir el consumo de alcohol encuentra que la interacción de los factores relacionados con el riesgo familiar y la educación de la familia en drogas resulta ser significativo. El consumo de alcohol se predice por una mayor indiferencia de la familia ante dicho consumo junto con el hecho de ser fumador que para aquéllos que no beben (OR = .94). Un último factor que entra en el modelo para predecir el consumo de alcohol, aunque también con un tamaño del efecto casi nulo (OR = .998) es el alto riesgo familiar en el consumo y una educación en la misma favorecedora al consumo (ver figura 10).

Es más probable entre los fumadores de cannabis que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a una educación familiar vulnerable al consumo de drogas (OR = .94).

Respecto al análisis de la frecuencia de consumo de alcohol y de cannabis en las variables cuantitativas, la educación familiar en drogas no correlaciona significativamente en ninguna de las dos sustancias para predecir un menor consumo.

En cuanto al consumo familiar, se evidencia que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente (Cloninger et al., 1985; Goodwin, 1985; Dei et al., 1990; Auba y Villabí, 1993b; Alonso y Del Barrio, 1994; Campins et al., 1996). En cualquier caso, en consonancia con la teoría del aprendizaje social, se subraya nuevamente la importancia del consumo de los padres al proporcionar modelos de conducta que los hijos tienden a imitar, utilizando esas mismas sustancias u otras igualmente adictivas.

Estos resultados refutan los de Muñoz-Rivas et al. (2001) que se sorprende de que la existencia de en el seno familiar de normas explícitas con respecto al uso de drogas distintas al alcohol o al tabaco sean predictores de un mayor riesgo de este tipo de sustancias.

La hipótesis decimotercera predecía que una buena calidad, variedad y frecuencia de actividades con la familia y de ocio serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

Se defiende que, con respecto al consumo de tóxicos, la probabilidad de que los jóvenes manifiesten dicho comportamiento disminuye a medida que aumenta su participación en las decisiones familiares y, por el contrario, se incrementa conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia (Alonso y Del Barrio, 1994).

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco es más probable entre los fumadores que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a una realización escasa de actividades protectoras ante el consumo (OR = .92). No obstante, las actividades protectoras no han resultado ser significativas en la cantidad de tabaco que se consuma. Asimismo, es más probable entre los que beben alcohol que entre los que no que presenten una mayor vulnerabilidad debido a una realización escasa de actividades protectoras ante el consumo (OR= .92).

En el modelo multivariante de variables de socialización para la predicción del consumo de alcohol, una de las interacciones que han resultado predictivos son el hecho de pertenecer a un grupo de iguales que también beben con escasas actividades protectoras por parte de la familia (OR = .998, respectivamente) (ver figura 9), aunque, como se observa, con un tamaño del efecto muy pequeño. El modelo integrador encuentra que, en lo referente a la varianza de las actividades protectoras como factor combinado de vulnerabilidad incluye algunas interacciones que predicen el consumo aunque con tamaños del efecto secundario a otros factores: las escasas actividades protectoras con haber repetido cursos, sin ser significativo el número de cursos repetidos, el alto riesgo familiar con el acceso a drogas (OR = 998) (ver figura 12). Finalmente, el modelo también incluye la interacción entre el consumo de cannabis con escasas actividades protectoras, aunque este tamaño del efecto no es significativo (OR = 1.15).

Respecto al consumo de cannabis es más probable entre los fumadores de cannabis que entre los no fumadores que sean más vulnerables debido a una realización escasa de actividades protectoras ante el consumo (OR= .90).

La predicción del consumo de cannabis en función de las interacciones que proporciona el modelo de socialización predice que el consumo de cannabis es más probable cuando hay pocas actividades protectoras y los adolescentes no viven con ambos padres (OR = .96). Otra de las interacciones incluidas en este modelo de predicción es la que viene dada por las del grupo de amigos con el acceso a drogas y con las actividades protectoras, es decir, dos factores de interacción más que predicen

el consumo de cannabis son el consumo en el grupo de amigos con un acceso fácil a las drogas y, por otro lado, con pocas actividades protectoras (OR = .995 y OR = .997, respectivamente) (ver figuras 18 y 19).

En cuanto al análisis de la frecuencia de consumo es en el caso del alcohol en el único en el que en las variables cuantitativas se da un menor consumo de alcohol si la familia del adolescente proporciona una mayor cantidad de actividades protectoras del consumo ($\tau_{\text{Kendall}} = .154$, $p < .01$), algo que no ocurre en ninguna de las demás sustancias estudiadas.

Se corrobora el hecho de que la protección frente al consumo de drogas ejercida por las variables de carácter familiar quedan confirmadas en gran parte de las conclusiones que se han presentado de forma consistente en la literatura.

En este sentido, la existencia de una relación positiva y un estrecho vínculo afectivo entre el adolescente y sus padres (en el caso del consumo de drogas médicas prevalece el lazo de unión materno frente al paterno) (Norem-Hebeisen et al., 1984; Brook et al., 1986; Coombs y Landsverk, 1988; Otero et al., 1989; Comas, 1990; Pons et al., 1996), el hecho de que el adolescente busque el apoyo de sus padres a la hora de solucionar problemas personales manteniendo un buen nivel de comunicación familiar (Brook et al., 1983; Noller y Callan, 1991; Alonso y del Barrio, 1994) y el que los padres muestren una actitud no permisiva al respecto del consumo de drogas de sus hijos y, además, éstos prevean una reacción negativa de ellos en el caso de que supieran que consumen (Brook et al., 1986; Hansen et al., 1987; Pons et al., 1996), predicen una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas.

Tales resultados son coincidentes con los informados por Secades et al., (2003), Muñoz-Rivas et al., (2001) y Alfonso et al. (2006c).

La hipótesis decimocuarta predecía que una relación adecuada del adolescente con aspectos escolares y un estilo educativo familiar democrático (consistencia de la familia al marcar las normas familiares y un establecimiento de las mismas por mutuo acuerdo), serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.

La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión (Brook et al., 1990; Pons, Berjano y García, 1996) y por la sobreimplicación maternal en las actividades con los hijos (Recio et al., 1992) parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas.

De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta (Tasic, Budjanovac y Mejovsek, 1997) y se inicie en el consumo de sustancias (Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1986; Selnow, 1987).

Los resultados obtenidos confirman ésta hipótesis y encuentran que respecto al consumo de tabaco es más probable entre los fumadores, entre los bebedores y entre los consumidores de cannabis que sean más vulnerables debido a un estilo educativo no democrático ante el consumo (OR = .92, OR = .92 y OR = .90 respectivamente).

En cuanto al análisis de la frecuencia de consumo en el caso del tabaco los adolescentes consumen menos tabaco ante normas familiares respecto al uso de drogas bien establecidas ($T_{\text{Kendall}} = .273$, $p < .01$). Se da un menor consumo de alcohol a mayor uso en la familia de un estilo democrático ($T_{\text{Kendall}} = .172$, $p < .01$). En el caso del cannabis no resulta significativo en el análisis de la frecuencia de consumo.

Finalmente, sorprende que la existencia en el seno familiar de normas explícitas con respecto al uso de drogas distintas al alcohol o al tabaco sean predictores de un mayor riesgo de este tipo de sustancias. Si se considera que el hecho de que existan normas con respecto al uso de las drogas legales se configura, de forma paralela, como un importante factor de protección del mismo consumo, es interesante observar cómo mientras el hecho de que los padres hagan patentes sus actitudes contrarias a la bebida o al tabaco actúa protegiendo a sus hijos de la implicación en el uso de las mismas, el que éstos establezcan normas claras de convivencia con respecto al rechazo del consumo de otras drogas no convencionales como el cannabis incita al adolescente a beber o a fumar, interpretando quizás que este tipo de sustancias son menos peligrosas o menos dañinas al no ser expresamente rechazadas por sus padres.

Por tanto, el entorno escolar ha resultado tener un impacto relevante en el consumo puesto que, en consonancia con otros estudios, el absentismo escolar se consolida como un importante predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas (Holmberg, 1985; Barro y Kolstad, 1987; Mensch y Kandel, 1988). De cualquier forma, en el sentido ya propuesto por Elliot y sus colaboradores (1985), el estar satisfecho de la educación que se recibe, sí se erige como un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de tóxicos, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector tanto para las drogas legales como para las ilegales (Barca, Otero-López, Mirón y

Santorum, 1986) entre ellas el cannabis. Estos resultados son consistentes con los aportados por Alfonso et al. (2006c).

La hipótesis decimoquinta y última predecía que aquellas puntuaciones más bajas obtenidas en los valores de la coximetría serán predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación. A éste respecto los resultados señalan que las puntuaciones en la coximetría son más altas entre los fumadores que entre los no fumadores (OR = 0.70), entre los bebedores (OR = 0.85) y entre los consumidores de cannabis (OR = 0.73).

En cuanto al análisis de la frecuencia de consumo en el caso del tabaco los adolescentes consumen menos tabaco a menor índice detectado de valor en la coximetría ($T_{\text{Kendall}} = .495$, $p < .01$), se da un menor consumo de alcohol a menor índice de CO en aire espirado ($T_{\text{Kendall}} = .197$, $p < .01$), y el consumo de cannabis es menor cuando la puntuación obtenida en la coximetría es baja ($T_{\text{Kendall}} = .262$, $p < .01$).

Para finalizar es necesario concretar aquellos aspectos como el estado de ánimo y/o el autoconcepto, la familia y el grupo de iguales (en sus dimensiones afectivas y conductuales) y la escuela (atendiendo al rendimiento académico) que muestran nuevamente su importante relación con el uso de drogas, configurándose como correlatos significativos de la implicación de los jóvenes en el mismo. Además, este hecho toma especial relevancia al constatar que tanto el peso de la relación que se establece entre muchas de estas variables y el consumo como la dirección de la misma, no es en todos los casos similar dependiendo de la naturaleza de las sustancias adictivas.

Con respecto a la naturaleza de las variables consideradas, los resultados obtenidos en el presente estudio señalan la estrecha relación existente entre muchas de ellas y el consumo de drogas, corroborando la adecuación de su inclusión en este tipo de trabajos y el valor de las mismas a la hora de ofrecer una explicación del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente.

En este sentido, un número importante de variables han demostrado mantener una estrecha relación tanto positiva (indicando una mayor probabilidad de que el joven se involucre en el consumo) como negativa (señalando una menor probabilidad de que lo haga) con el uso del total de las drogas estimadas. Así pues, destacarían aspectos relacionados con: (a) el aspecto psicológico; (b) el ambiente familiar en el que el adolescente se desarrolla, especialmente la naturaleza de las relaciones entre éste y los

integrantes de su núcleo familiar, la vinculación afectiva que los une y el hecho de que los padres muestren una actitud contraria al uso de drogas por parte de sus hijos; (c) el área de influencia del grupo de iguales, concretamente el tipo de actividades que se realizan en grupo y el consumo de sustancias por parte de los amigos y, (d) el entorno escolar como el hecho de que el joven repita cursos o, por el contrario, esté involucrado en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Son estos cuatro conjuntos de variables referentes a la dimensión personal, familiar grupal y escolar del adolescente los que se han puesto a prueba para determinar el valor predictivo de las mismas para el consumo de las distintas drogas analizadas. De forma genérica, todos los conjuntos de variables estudiados han demostrado ser pronosticadores significativos de la implicación del joven en los diferentes tipos de consumo, subrayando la naturaleza multicausal del mismo y señalando la necesidad de incluir, a la hora de explicarlo, componentes de diversa índole que abarquen todos los dominios en los que el adolescente se mueve.

Si bien es cierto que muchas de estas dimensiones han demostrado tener un peso significativo como pronosticadores tanto de una mayor implicación en el uso de sustancias por parte de los más jóvenes como, también, de una menor probabilidad de que éstos se inicien en el consumo de las mismas, su valor explicativo y la naturaleza de las variables varía dependiendo del tipo de sustancia de que se trate. En este sentido, es posible encontrar que determinados aspectos que son predictores relevantes del consumo de drogas convencionales no lo son para otras o, aún siendo las mismas, el peso o la dirección de su influencia se ve modificado según se trate de uno u otro caso.

El estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas se ha centrado preferentemente en las variables relativas al ambiente familiar; este era el propósito fundamental de la investigación. Pero, es evidente que la familia ejerce o puede ejercer una influencia fundamental sobre los contextos interpersonales que rodean a los hijos. Así, el control y la educación que los jóvenes reciben en el hogar proveniente de los padres deben afectar necesariamente al comportamiento de éstos en el ambiente escolar y en las relaciones con el grupo de amigos. Por este motivo, en el trabajo original se tuvieron en cuenta también el ambiente escolar y el interpersonal.

Los análisis univariantes han mostrado que las variables relacionadas con el uso de drogas de los adolescentes son las siguientes: convivencia de los padres (juntos o separados), conflicto entre los padres, conflicto entre los padres y el adolescente,

frecuencia de actividades conjuntas padres-hijo, estilo educativo parental (control familiar), consumo de drogas por padres y familiares, actitudes de los padres hacia las drogas legales e ilegales y abuso/maltrato familiar.

Como se puede apreciar, el cuadro de los factores de riesgo familiares coincide, básicamente, con los resultados de otros estudios similares. Estos factores pueden agruparse de acuerdo con Merikangas, Dierker y Fenton (1998) en factores generales (en cuanto a que pueden afectar a un amplio número de conductas problemáticas) y factores específicos que incrementan la vulnerabilidad básicamente al abuso de drogas.

A modo de resumen, puede decirse que, desde el punto de vista de los adolescentes, las familias de los no consumidores son familias en las que, con mayor probabilidad que en los consumidores, el padre y la madre conviven con pocos conflictos y son los que, principalmente, marcan y hacen cumplir las normas por las que debe regirse la familia. En esas familias de no consumidores hay una mejor relación de los hijos con los padres y otros familiares y se realizan más actividades conjuntamente.

Además, las familias de los no consumidores tienen más normas que controlan diversos aspectos de la vida del escolar cuyo cumplimiento se exige, en ellas se percibe menos consumo de drogas legales e ilegales, una actitud más beligerante contra las legales y menos maltrato físico o psíquico hacia sus hijos.

Por último, además de los análisis bivariados, se realizaron también análisis multivariados con el fin de determinar la capacidad predictiva del conjunto de variables utilizadas y el peso relativo de cada una de éstas. Los resultados de estos análisis mostraron que las variables familiares tenían una capacidad pronóstica del consumo de drogas de los adolescente relativamente importante (77,9%) y que las variables con mayor importancia eran, en orden decreciente: las actitudes de la familia ante las drogas legales, el consumo de drogas de la familia, la calidad de la relación familiar, las actitudes de la familia ante las drogas ilegales, la realización de actividades conjuntas y el conflicto familiar.

Como se puede apreciar, las variables predictoras más importantes son, en términos de Merikangas, Dierker y Fenton (1998), los factores específicos del consumo de drogas (en este caso, actitudes y consumo), mientras que los factores no específicos (que incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia) estarían situados en segundo término.

En suma, los factores de riesgo y de protección que se han encontrado en este trabajo de investigación no difieren sustancialmente de los que se han hallado en otros trabajos tanto nacionales como extranjeros (fundamentalmente anglosajones). A pesar de la extrema complejidad teórica que se encierra en la interpretación de los estudios correlacionales como el presente, hay un hecho cierto. Los factores familiares (junto con los contextuales) son muy importantes a la hora de predecir el consumo de drogas de la inmensa mayoría de los escolares investigados.

Así pues, los objetivos de los programas de prevención están claros, ya que basta con modificar esos factores de riesgo (a la baja) o de protección (al alza) para que se reduzcan las probabilidades de consumo de drogas. La función socializadora de la familia es el elemento sobre el que pivota su influencia en la prevención del uso de drogas en los adolescentes. Este déficit en la función socializadora se expresa en un deficiente control de los hijos, la presencia de actitudes y comportamientos percibidos como tolerantes (o no extremadamente intolerantes) frente a las drogas y la existencia de conflictos familiares, bien entre los padres o de los padres con los hijos.

Por último, los programas familiares para la prevención del uso indebido de drogas han de emplear estrategias diversas, pero, en todo caso, estas intervenciones han de tener como grupo destinatario preferente, los grupos de riesgo, es decir, aquellas familias y jóvenes cuyas características coincidan básicamente con los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo para el uso de drogas.

LIMITACIONES

En este apartado se incluyen los puntos débiles de la investigación. Las limitaciones que se han encontrado obedecen a algunos aspectos de carácter fundamentalmente metodológico.

El cuestionario FRIDA utilizado en nuestro trabajo (Secades et al., 2006) presenta algunas limitaciones en su validez interna aunque con todo se ha tratado de paliar este punto. El total de varianza explicada por el cuestionario es tan solo de un 35,36%. Se trata, por tanto de una escasa varianza explicada por los ítems. En la elaboración del cuestionario debía haberse eliminado ítems y haber realizado posteriormente un análisis factorial confirmatorio.

Otra de las limitaciones es la de no haber realizado un análisis de los resultados obtenidos a partir del FRIDA por ítems si no por cada una de las 7 variables mensuradas lo cual no ha permitido realizar un análisis de mayor profundidad y comparación con otros trabajos que sí han incluido ésta premisa.

La muestra aunque representativa como en su momento se ha comentado no tiene el tamaño muestral suficiente como el que han presentado otras investigaciones con objetivos semejantes, aunque, con todo, el hecho de que sea el total de la población adolescente de una ciudad de unos 29.000 habitantes permite esta extrapolación de resultados.

CAPÍTULO 9
CONCLUSIONES Y LINEAS DE FUTURO



El presente trabajo surge prioritariamente desde el campo de la prevención con el interés de profundizar en el estudio del fenómeno del consumo de drogas en la población adolescente y como un intento de avanzar en el difícil campo del abuso de sustancias en este sector de la población, que ha conllevado tan graves consecuencias tanto a nivel personal como social.

Tomando como referencia una muestra de jóvenes escolarizados pertenecientes a la localidad Alicantina de Crevillente con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, la investigación realizada considera dos aspectos principales: en primer lugar, el análisis del consumo de drogas legales y cannabis para obtener una información real de cómo es el patrón de consumo característico de la población de estudio y, en segundo lugar, determinar la capacidad de diversas variables de carácter psicológico, familiar, grupal y escolar para predecir el consumo observado, posibilitando el determinar vías de actuación desde el ámbito preventivo más eficaces al asentarse en datos no sólo teóricos sino empíricos.

Como se ha comentado, el trabajo de investigación se ha propuesto con el objetivo fundamental de evidenciar la magnitud del consumo de sustancias adictivas entre las que se han incluido el alcohol (en cualquiera de sus formas), el tabaco y el cannabis, considerando distintos parámetros de análisis. Para todas ellas, se recogen las prevalencias de consumo para cada una de las drogas en función de distintos parámetros temporales como son el "consumo reciente" (realizado en el último mes) y la frecuencia de consumo" (llevado a cabo en los últimos treinta días) y, con respecto al grupo de adolescentes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman haber consumido la sustancia de referencia en el último mes), se estiman las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el mismo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el mismo.

En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo tanto por parte de entidades gubernamentales como de instituciones privadas para encontrar vías de actuación más eficaces y duraderas, dándose un especial énfasis a la prevención como alternativa viable al tratamiento. No obstante, aunque se han hecho grandes avances, tanto en el conocimiento de las variables que influyen en el uso de drogas como en la elaboración de programas de prevención cada vez mejor elaborados y más completos, el fenómeno de las drogodependencias sigue siendo un misterio en muchos aspectos y todavía

existen grandes retos que conseguir. De hecho, la revisión bibliográfica realizada nos ha permitido observar, por un lado, que todavía no se ha llegado a conclusiones claras acerca de las interacciones que existen entre las variables predictoras del uso/abuso de drogas y el peso diferencial que cada una de ellas tiene en el inicio y en el mantenimiento de este problema y, por otro, como, de forma indiscriminada, se siguen elaborando y utilizando programas o enfoques que han demostrado su ineficacia en la prevención y/o reducción del consumo de sustancias adictivas.

El presente estudio escolar, se diseña y desarrolla desde el enfoque de los factores de riesgo y surge después de una evaluación previa del consumo de drogas legales, y el cannabis en la población diana y de un análisis de las variables que han resultado predictoras del mismo. Ambos aspectos se consideran requisitos necesarios para la elaboración de programas preventivos más eficaces que mantengan sus resultados a largo plazo. Además este programa se diseña desde un enfoque psicosocial y considera variables de diversa índole (biológico-evolutivas, psicológicas, grupales y escolares) que han mostrado su relevancia en los análisis previos. Las conclusiones más relevantes obtenidas en esta investigación han sido:

- Se han hallado diferencias significativas en la prevalencia de consumo tanto en función del tipo de sustancia consumida como en función del parámetro de estimación de la misma (consumo en el último mes, edad de inicio de consumo y frecuencia de consumo). De hecho se ha encontrado una mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que de cannabis, se ha encontrado una mayor prevalencia de consumo de alcohol que de tabaco así como que las mayores tasas de prevalencia de consumo en cada una de las sustancias consideradas se han encontrado al estimar el consumo esporádico (entendido en las frecuencias para cada sustancia como: entre nunca a 10 cigarrillos al mes, a 3 copas al mes o a 3 veces de consumo de cannabis al mes) y éstas irán decreciendo conforme el uso de las mismas sea más reciente o frecuente.
- Se han hallado diferencias significativas en el uso del tabaco y del alcohol en función de variables demográficas y del tipo de sustancia de consumo como que la proporción de varones consumidores de alcohol ha sido menor que la de las mujeres. Asimismo, la cantidad de alcohol consumida ha sido superior en el caso de las mujeres. De hecho las mujeres de nuestra muestra consumen más alcohol y con mayor frecuencia. Se ha encontrado que la proporción de mujeres fumadoras ha sido significativamente superior a la de los hombres. Que a mayor edad aumenta tanto el consumo de alcohol como el de tabaco, así como la cantidad de tabaco o

alcohol consumido estableciéndose diferencias significativas con respecto a los grupos de menor edad.

- Se han encontrado diferencias significativas en función de variables sociodemográficas para el consumo de cannabis y que la proporción de hombres consumidores de cannabis ha sido superior a la de las mujeres. Se ha hallado que el mayor porcentaje de consumidores se ha dado en el rango de mayor edad y que la edad media de inicio ha sido mayor para el cannabis que para el tabaco y el alcohol.
 - Se ha encontrado un patrón típico de consumo con pautas más cercanas al policonsumo que al consumo único en el que el uso de cualquiera de las drogas de iniciación implica un mayor uso diferencial de cualquiera de las otras dos. Es decir, se evidencia un patrón de consumo múltiple de sustancias que acumula la toxicidad y potencia los efectos negativos que se producen con la combinación de las distintas drogas y los consumos de las drogas convencionales (alcohol y tabaco) aparecen asociados con el consumo de cannabis.
 - Una tendencia a la depresión o una baja autoestima aparece asociada al consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Es decir, los consumidores suelen presentar puntuaciones más altas en la escala CDI de depresión que los no consumidores.
 - La estructura y composición familiar no son predictores del consumo de drogas. El número de hermanos no ha predicho un mayor uso de alcohol, tabaco y cannabis ni la convivencia con personas distintas a los padres o con uno solo de los progenitores conlleva un mayor uso de drogas de iniciación. Los resultados de nuestra investigación han encontrado que los adolescentes que fuman, beben y consumen cannabis es más probable que vivan con sus dos padres en comparación con los no fumadores, no bebedores y no consumidores de cannabis. No obstante, el tipo de convivencia no afecta significativamente al número de cigarrillos fumados ni a la cantidad de alcohol ni de cannabis consumido.
 - El rendimiento académico se demuestra como un predictor del consumo de tabaco, alcohol y cannabis ya que entre los adolescentes que fuman, beben y consumen cannabis el rendimiento académico es peor dado que poseen una nota media más baja y es más probable que hayan repetido algún curso que los no fumadores. Por tanto, el absentismo escolar ha resultado tener un impacto relevante como predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas y por lo mismo, estar satisfecho de la educación que se recibe, se erige como un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo
-

de tóxicos, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector tanto para las drogas legales como para el cannabis.

- La reacción de la familia ante el consumo de cualquiera de las sustancias estudiadas ha resultado ser una variable predictora del consumo de drogas de iniciación. Por tanto, la reacción del padre, madre, hermanos o hermanas, abuelos u otras personas de la familia en forma de disgusto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis por parte del adolescente ha sido predictor de un menor uso de drogas. Se produce por tanto una relación predictiva entre la falta de reacción familiar y el consumo de drogas de iniciación.
 - El consumo y la actitud hacia las drogas por parte de los amigos, y las actividades de riesgo que realizan conjuntamente con sus iguales como la frecuencia de realización de actividades de ocio y tiempo libre relacionado con potencial consumo (e.g., ir a salas recreativas) ha resultado ser un pronosticador significativo del consumo de drogas de iniciación. Entre las variables relacionadas con el grupo de iguales destacan las siguientes:
 - El uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente aparece como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas legales y con mayor influencia en el caso del cannabis.
 - La influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que éste los ve, es predictor significativo del consumo de drogas legales e ilegales.
 - Salir con los amigos a bares y discotecas es predictor de un mayor uso de drogas legales.
 - Del total de consumidores, el 3% afirma consumir cannabis con una frecuencia al menos semanal.
 - Por sexos, sólo en el consumo de cannabis el porcentaje de varones consumidores es superior al de las mujeres.
 - El porcentaje de consumidores aumenta considerablemente con la edad siendo el intervalo comprendido a partir de los 15 años en el que se produce el mayor incremento.
 - Se ha hallado una mayor vulnerabilidad respecto a la percepción del adolescente de la facilidad que tiene para conseguir drogas lo que de manera corroborada aumenta la probabilidad del consumo de drogas de iniciación.
-

-
- Se confirman los puntos referidos a la carencia de afecto o existencia de maltrato familiar. Por tanto, el consumo de drogas por parte de la familia y la existencia de conflicto familiar han resultado ser predictores del consumo de drogas de iniciación.
 - Asimismo, las actitudes y conductas familiares que previenen sobre los peligros de consumir como lo son las normas y advertencias familiares respecto al uso y riesgo del consumo de drogas y la existencia de una buena calidad, variedad y frecuencia de actividades con la familia y de ocio son predictores significativos del no consumo de drogas de iniciación.
 - Por último, se confirma que aquellas puntuaciones más bajas obtenidas en los valores de la coximetría han resultado ser predictores significativos de un no consumo de drogas de iniciación.

Las conclusiones más relevantes pueden ser analizadas en función de la sustancia de consumo.

a) El **tabaco** es la segunda sustancia más consumida en nuestra muestra, ya que el 21.8% de los encuestados afirmaron haber fumado alguna vez, y de ellos, el 10% son fumadores diarios corroborado en la prueba de coximetría realizada que aboca unos datos de que aproximadamente el 14% de la muestra se encuentra entre la zona de peligro y la de fumador adicto. Estos porcentajes son inferiores a los obtenidos por otros trabajos tanto dentro como fuera de nuestra comunidad, ya que los porcentajes más altos que se han encontrado en los estudios nacionales se sitúan en un 22,3% (PNSD, 1996).

- La edad media de inicio se sitúa alrededor de los 12.84 años, siendo similar en ambos sexos. En este caso, otros estudios muestran edades de inicio anteriores en el caso de los hombres. Dicha edad media de inicio es más temprana de la encontrada en la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida situada en el PNSD (2007) a los 13.2 años. Asimismo aparece un patrón claro de consumo continuado que se mantiene en las tres sustancias objeto del presente estudio.
 - Hay un mayor porcentaje de mujeres fumadoras (55.8% versus 44.2%), y la intensidad de consumo de cigarrillos apunta también en la misma dirección ya que la frecuencia de consumo de más de 10 cigarrillos al día se establece con el 16.3% para mujeres y 13.2% para varones.
-

- La cantidad diaria de consumo de tabaco aumenta considerablemente según la edad de los sujetos y disminuyen los porcentajes de consumidores de menos de 10 cigarrillos/día.
- La edad media de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 12.84 años.
- La continuidad en el consumo de tabaco es elevada puesto que prácticamente el 95 % de los que dicen haber fumado son fumadores en el último mes.
- Aparecen diferencias significativas por edades, puesto que se ha hallado un incremento importante del porcentaje de jóvenes que habiendo iniciado el consumo esporádico lo continúan.
- El análisis de las puntuaciones en la medición de monóxido de carbono en aire espirado indica que el 14% de la muestra fuma en mayor o menor medida. Este dato, que abarca como media las cinco horas anteriores a la medición, es notablemente inferior al autoinforme de consumo de tabaco, que indicaba una tasa un 8% mayor.

b) Respecto al **alcohol**, los porcentajes de consumidores son similares o ligeramente superiores a los mostrados por otros trabajos realizados en la Comunidad Autónoma de Madrid, así como en otras poblaciones como la catalana, o la valenciana.

- En cuanto a la edad de inicio, se sitúa a los 13.39 años, lo que supone un descenso significativo en la edad de comienzo del uso de esta sustancia, tendencia que también se viene dando en estudios a nivel nacional aunque la rebaja de edad se encuentra en los 13.8 años (PNSD, 2006). El 20% de los adolescentes encuestados son consumidores en una frecuencia que va de 2 - 3 copas / mes a 1 copa o más al día.
 - En función del sexo, hay diferencias en cuanto a los porcentajes de consumo en los que las mujeres con un 52.2% superan a los varones (48%) . En la frecuencia de consumo diario se encuentran diferencias significativas entre sexos, donde las mujeres llevan a cabo un consumo significativamente mayor de alcohol cuando se trata de la máxima categorización de bebida frecuente (> 3 copas por semana) aunque en la categorización de 1 a 2 copas por semana son los varones quienes más lo hacen.
 - El consumo de alcohol aumenta significativamente con la edad, tanto en frecuencia como en intensidad, presentándose ya a los 14 años patrones de consumo frecuentes. Las conclusiones más claras respecto al consumo de alcohol son las siguientes: los datos obtenidos indican que aproximadamente el 12% de los que han
-

- consumido lo han hecho con una frecuencia mensual y el 8% con una semanal y en función del sexo de los encuestados, aparecen diferencias en su consumo en el que el porcentaje de mujeres consumidoras supera al de los varones (últimos treinta días).
- Referido al consumo en el último mes, la edad media de los jóvenes consumidores de alcohol se sitúa en torno a los 14.8 años. En este mismo grupo, la edad de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 14.7 años, observándose un aumento significativo de la edad de comienzo en el uso de bebidas al situarse los 13.8 años como la edad media de inicio de consumo de alcohol continuando con el aumento de la edad de inicio (PNSD, 2006).
 - La continuidad en el consumo para el total de las sustancias es elevada. El 38.8 % dicen haber bebido alcohol alguna vez y, prácticamente el 20% de estos consumidores, afirman seguir haciéndolo en los últimos treinta días.
- c) En el caso del **cannabis**, es donde las diferencias con otros estudios españoles son más significativas, encontrándose en nuestra muestra porcentajes de consumo inferiores, algo que ha ocurrido en todas las sustancias estudiadas y especialmente en el caso del cannabis que tiene un porcentaje de consumo muy inferior a las sustancias de comercio legal. Cerca del 12% de los adolescentes la ha consumido.
- En cuanto a la discriminación por frecuencia de consumo, el cannabis es la sustancia que los jóvenes consumen en menor medida en cualquiera de las frecuencias, llegando a porcentajes del 6% aquellos que se reconocen consumidores frente al 94.1% que nunca han consumido o lo hacen una vez al mes. Otros estudios presentan datos cercanos al 60% de los consumidores en el último mes (García, 2003).
- La edad media de inicio en el consumo de cánnabis, se sitúa en los 13.83 años es decir, un año de promedio después de iniciarse en el consumo de tabaco.
 - El porcentaje de consumidores aumenta considerablemente con la edad, 15.7 años aquella en la que se sitúa el consumo frecuente.
 - La continuidad en el consumo de cannabis es elevada en ambos sexos y aunque las mujeres manifiestan una mayor frecuencia de consumo una vez al mes, son los hombres quienes presentan una mayor continuidad en el consumo. Comparativamente no aparecen diferencias relevantes en la proporción de jóvenes consumidores en función del sexo masculino o femenino en el resto de las sustancias.
-

Para finalizar, se hace necesario en éste momento considerar algunas de las implicaciones de las conclusiones señaladas:

En primer lugar, éste estudio, al igual que otros muchos, corrobora la idoneidad de elaborar programas preventivos multicomponentes en los que se consideren todas las dimensiones que, como se ha comprobado, explican con mayor o menor peso el consumo de drogas en la adolescencia.

En segundo lugar, si se consideran cada sustancia que asocian su consumo como el reflejo de distintas etapas en la implicación del mismo por parte de los jóvenes (la mayor parte de ellos consumen alcohol y tabaco, y un porcentaje más reducido pero amplio consume cannabis de forma habitual), deberían tenerse en cuenta las variables que han resultado tener un valor pronóstico importante y diferenciador para cada una de ellas, en el intento de ajustar lo más detalladamente posible cada una de las intervenciones preventivas. En este sentido, según se trate de uno u otro tipo de droga, los factores que explican la mayor o menor implicación en su consumo tienen un valor diferente según cada caso.

Así pues, si se observan los patrones de riesgo y protección extraídos para cada una de las drogas de consumo, es posible observar, por ejemplo, cómo los factores familiares han demostrado una varianza notoria en el consumo de drogas de iniciación.

Con todo, ha de apoyarse la elaboración de programas centrados tanto en prevenir como en manejar aquellas características de carácter psicológico que sitúan al adolescente en una situación de mayor riesgo a la vez que se potencian aquellas otras que le protegen frente al inicio en el consumo.

Al considerar el gran número de variables que deben ser incluidas en los programas preventivos y contar, además, con que estamos ante un problema cambiante tanto por la propia dinámica del fenómeno como por afectar a un sector de la población que también se encuentra en un período de múltiples cambios que necesariamente debe afrontar, podrían quizás elaborarse programas de intervención que abarcaran no sólo la adolescencia sino también la primera infancia y que fueran aplicándose en cada una de las etapas por las que pasa todo niño o joven, considerando de forma específica (a pesar de que se orientaran dentro de un marco globalizador) aquellas variables más estrictamente implicadas en cada una de ellas.

De esta forma, podrían apoyarse la elaboración de programas que desde los primeros años de vida del futuro joven fueran atendiendo, por ejemplo, al desarrollo de sus características de personalidad detectando aquellos que podrían ser más vulnerables psicológicamente al uso de drogas (niños deprimidos o con un bajo estado de ánimo, con mayor autoconcepto-autoestima, bien a través del seguimiento paterno) o bien a través de los centros escolares o de salud que en estas edades tienen un contacto muy cercano con los jóvenes. Igualmente, deberían quizás centrarse en la responsabilización de los padres en la prevención del uso de drogas no sólo cuando éste ya existe y es problemático sino cuando aún ni siquiera es posible pero es necesario prevenir.

En este sentido, podría ser útil el implicar a las familias tanto a través de los centros de enseñanza (por ejemplo, vía asociación de padres conjuntamente con la dirección de los centros) como a través de los servicios de asistencia de salud, a que conozcan detalladamente los resultados de estos estudios y de los factores que resultan ser más perjudiciales y también más beneficiosos relacionados con el ambiente familiar junto con la forma en la que se pueden solucionar los primeros en el caso de que se den o comiencen a darse y promover los segundos para proteger a sus hijos de forma más adecuada.

Además de todo ello, sería necesario dirigir parte de los programas elaborados o idear algunos específicos para afrontar y manejar, desde la prevención, la poderosa influencia que ejercen los iguales en el consumo de sustancias. En este sentido, también podría ser útil el preparar a los jóvenes cuando todavía no lo son a tener recursos suficientes y eficaces para resistir las presiones del grupo cuando éstas comiencen a aparecer, incluyendo el entrenamiento en habilidades tanto generales

(asertividad, habilidades sociales) como específicas (aprender a decir no, saber rechazar ofertas) dentro de los programas de enseñanza habituales e implicando nuevamente a la familia para que establezca, dentro del seno familiar, un contexto reforzante de cualquier comportamiento adecuado en este sentido complementando los logros obtenidos en el centro escolar.

Por otro lado, la importancia constatada de variables como el tipo de actividades que realiza el grupo de amigos señalaría la necesidad de aunar esfuerzos (desde la familia, la escuela, las instituciones) para incitar a los adolescentes desde muy pequeños a considerar alternativas saludables de ocio y tiempo libre que satisfagan sus necesidades personales (búsqueda de situaciones novedosas, curiosidad) y que logren, en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de disfrute juvenil existente (bares, discotecas) y que, como se ha comprobado, está asociada fuertemente con una mayor implicación de los más jóvenes en el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas.

Estos resultados aportan un mayor nivel de conocimiento de las variables familiares implicadas en el inicio del consumo de sustancias y posibilitan, con respecto a la prevención dentro del marco familiar, la elaboración de programas más ajustados a la realidad de los más jóvenes. Así, los programas podrían apoyarse, ya desde los primeros años de vida del futuro joven, en la responsabilización de los padres en la prevención del uso de drogas no sólo cuando éste ya existe y es problemático sino cuando aún ni siquiera es posible pero es necesario prevenir. En este sentido, podría ser útil el implicar a las familias tanto a través de los centros de enseñanza como a través de los servicios de asistencia de salud, a que conozcan detalladamente este tipo de factores junto con la forma en la que se pueden solucionar los primeros en el caso de que se den o comiencen a darse y promover los segundos para proteger a sus hijos de forma más adecuada.

Utilizando los resultados obtenidos en la presente investigación se hace posible realizar un programa de prevención adecuado a las necesidades específicas de la población estudiada y que coinciden con los resultados obtenidos por Alfonso et al. (2006). El programa podría elaborarse como línea de futuro teniendo en consideración los siguientes aspectos, que han mostrado su importancia en este área en el desarrollo de programas efectivos que mantienen sus resultados a largo plazo:

- a) Estaría basado en una teoría contrastada.
- b) En función de los resultados habría de ser un programa multicomponente.
- c) Habría de tener en cuenta el difícil período al que se dirige (adolescencia) y sus cambios.
- d) Utilizaría una metodología interactiva.
- e) Se entrenaría a los adolescentes en habilidades sociales generales y específicas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Abu-Shams, K., Carlos, M., Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J. y Rivero, M. (1998). Personalidad del adolescente fumador. *Psiquis*, 19, 41-48.
- Abu-Shams, K., Carlos, M., Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J. y Rivero, M. (1997). Autoconcepto de los adolescentes fumadores. *Psiquis*, 18, 57-62.
- Ackerman P.L. (1987). Individual differences in skill learning: an integration of psychometric and information processing perspectives. *Psychological bulletin*, 102, 1, 3-27.
- Adams, E.H., Blanken, A.J., Ferguson, L.O. y Kopstein, A. (1990). *Overview of selected drug trends*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Agencia Antidroga, (1998, 1999). Dirección General de Salud Pública, Oficina de Coordinación de Acciones frente a la droga. C de Sanidad, S Sociales – Agenda. Madrid, Ministerio de Sanidad.
- Ahmed, S.W., Bush, P.J., Davidson, F.R. y Iannotti, R.J. (1984). Predicting children's use and intentions to use abusable substances. Anaheim. Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociology Review*, 44, 636-655.
- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potencial. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Albein, W., Sevilla, F.T. y Carrera, V. (1992). Prevención de drogas: Resultados preliminares en la población de jóvenes de Alcoy. *Avances en drogodependencias 11: XX Jornadas Nacionales*. Córdoba.
- Alfonso, J.P., Espada, J.P., García del Castillo, J.A. y Lloret, D. (2006a). ¿Son peores estudiantes los escolares que beben y fuman?. Rendimiento académico y consumo de alcohol y tabaco en una muestra de estudiantes españoles de educación secundaria. *Poster para el Congreso Internacional de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Alfonso, J.P., Espada, J.P., García del Castillo, J.A. y Lloret, D. (2006b). Diferencias de género y curso en el consumo de cannabis y la percepción de su accesibilidad. *Poster para el Congreso Internacional de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Alfonso, J.P., Espada, J.P., García del Castillo, J.A. y Lloret, D. (2006c). Estilo educativo familiar y consumo de cannabis en una muestra de adolescentes españoles. *Poster para el Congreso Internacional de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Allsop, J.F. y Feldman, M. (1976). Personality and anti-social behavior in schoolboys: Item analysis of questionnaire measures. *British Journal of Criminology*, 16, 337-351.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. *Socidrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales)* (pp. 613-627).
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996a). Autoestima, asertividad, locus de control y consumo de drogas legales. *Revista de Psicología de la Educación*, 19, 5-20.
-

- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996b). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa*, 2, 91-112.
- Álvarez, F.J., Queipo, D., Del Río, M.C. y García, M.C. (1991). Alcohol consumption in young adults in the rural communities of Spain. *Alcohol and Alcoholism*, 26, 93-101.
- Alvira, F. (1984). *El consumo de alcohol y otras drogas de los adolescentes españoles*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Alvira, F. (1984). Cambio en el consumo de bebidas alcohólicas en España. *Revista española de investigaciones sociológicas*. Vol 34. 111-130.
- Andersson, T. (2000). Developmental patterns and the dynamics of alcohol problems in adolescence and young adulthood. En L.R. Bergman y R. B. Cairns, (Eds). *Developmental science and the holistic approach*. (pp. 377-391). Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Anderson, K.G., Schweinsburg, A., Paulus, M. P., Brown, S.A. y Tarpel, S. (2005). Examining personality and alcohol expectancies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) with adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 323-331.
- Aneshensel, C.S. y Huba, G.J. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 134-150.
- Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad. *Clínica y Salud*, 13, 163-180.
- Arkin, R.M., Roemhild, H.J., Johnson, C.A., Luepker, R.V. y Murray, D.M. (1981). The Minnesota smoking prevention program: A seventh grade health curriculum supplement. *Journal of School Health*, 51, 616-661.
- Aronson, H. y Gilbert, A. (1963). Preadolescent sons of male alcoholics: An experimental study of personality patterning. *Archives of General Psychiatry*, 3, 235-241.
- Atkin, C., Hocking, J. y Block, M. (1984). Teenage drinking: Does advertising make a difference? *Journal of Communication*, 34, 157-167.
- Aubà, J. y Villalbí, J.R. (1993a). Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Medicina Clínica*, 100, 506-509.
- Aubà, J. y Villalbí, J.R. (1993b). Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. *Atención Primaria*, 11, 26-31.
- Bachman, J.G. (1970). *Youth in transition. The impact of the family background and intelligence on 10th Grade boys*. Michigan: Braun Brayfield.
- Bachman, J.G., Lloyd, D.J. y O'Malley, P.M. (1981). Smoking, drinking, and drug use among American high school students: Correlates and trends, 1975-1979. *American Journal of Public Health*, 71, 59-69.
- Backer, T. E. y Rogers, E. M. (1993). Organizational aspects of health communication campaigns: What works? *Newbury Park, CA: Sage*.
- Backer, T.E., Rogers, E.M. y Sopory, P. (1992). Designing health communication campaigns: What works? *Newbury Park, CA: Sage*.
- Baldivieso, L.E. y Perotto, P.C. (1993). *Manual de prevención contra las drogas: quiero llegar a ser alguien. Guía para el promotor*. La Paz: Cese.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive view*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bank, B., Biddle, B., Anderson, D., Hauge, R., Keats, D., Keats, J., Marlin, M. y Valantin, S. (1985). Comparative research on the social determinants of adolescent drinking. *Social Psychology Quarterly*, 48, 164-177.
- Barnea, Z., Teichman, M. y Rahav, G. (1992). Personality, cognitive and interpersonal factors in adolescent substance use: A longitudinal test of an integrative model. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 187-201.
- Barnes, G.M. y Welte, J.W. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 53-62.
- Barnes, G.M., Welte, J.W. y Dintcheff, B. (1992). Alcohol misuse among college students and other young adults: Findings from a general population study in New York State. *International Journal of Addictions*, 27(8), 917-934.
- Barrena, T., Gil, L. y Sanz, P. (1992). *Estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas; Análisis en varios centros de enseñanzas medias del distrito de Vallecas*. Madrid: FAD.
- Barro, S.M. Y Kolstad, A. (1987). *Who drops out of high school? Findings from high school and beyond*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos.
- Bates, M.E., Labouvie, E.W. y White, H.R. (1986). The effect of sensation seeking needs on alcohol and marijuana use in adolescence. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 5, 29-36.
- Bauman, K.E. y Fisher, L.A. (1986). On the measurement of friend behavior in research on friend influence and selection: Findings from longitudinal studies of adolescent smoking and drinking. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 345-353.
- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. En S.E. Gragastin y G.H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological changes and social context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Baumrind, D. (1983). *Why adolescents take changes and why they don't*. Bethesda, MD: National Institute for Child Health and Human Development.
- Beckman, L.J. (1975). Women alcoholics: A review of social and psychological studies. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 797-824.
- Becoña, E. (1999). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Madrid: UNED – Fundación Universidad – Empresa.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas*, 3, 70-92.
- Becoña, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.
-

- Becoña, E. y Mínguez, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16, 91-96.
- Berberian, R.M., Gross, C., Lovejoy, J. y Paparella, S. (1976). The effectiveness of drug education programs: A critical review. *Health Education Monographs*, 4, 377-398.
- Bergen, H.A., Martin, G., Roeger, L. y Allison, S. (2005). Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: Longitudinal relationships in young community adolescents. *Addictive Behaviors*, 30, 1563-1573.
- Berkowitz, A.D. y Perkins, H.W. (1986). Problem drinking among college in collegiate alcohol use. *JACH*, 35, 21-28.
- Berndt, T.J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology*, 15, 608-616.
- Best, J.A., Flay, B.R., Towson, S.M.J., Ryan, L.B., Perry, C., Brown, K.S., Kersell, M.W. y d'Avernas, J.R. (1984). Smoking prevention and the concept of risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 257-273.
- Biglan, A., Glasgow, R., Ary, D., Thompson, R., Severson, H., Lichtenstein, E., Weissman, W., Faller, C. y Callison, C. (1987). How generalizable are the effects of smoking prevention programs? Refusal skills training and parent messages in a teacher administered program? *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 613- 627.
- Binion, V.J. (1979). A descriptive comparison of the families of origin of woman heroin users and nonusers. En National Institute on Drug Abuse (Ed.), *Addicted women: Family dynamics, self perceptions, and support systems DHEW*. Publicación No. ADM 80-762. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Black, G.S. (1989). *The attitudinal basis of drug use-1987 and changing attitudes toward drug use-1988: Reports from the Media Advertising Partnership for a Drug-Free America, Inc.* Rochester, NY: Gordon So Black.
- Blechman, E.A. (1982). Conventional wisdom about familial contributions to substance abuse. *American Journal of Drug Abuse*, 9, 35-53.
- Bleichmar, H. (1994). Droga y depresión. Un camino a doble vía. *Proyecto Hombre*, 10, 6.
- Blose, J. O. y Holder, H.D. (1987). Liquor-by-the-drink and alcohol related traffic crashes: A natural experiment using time-series analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 52-60.
- Blum, K., Noble, E.P., Sheridan, P.J., Montgomery, A., Ritchie, T., Jagadeeswara, P., Nogami, H., Briggs, A.H. y Cohen, J.B. (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 263, 2094-2095.
- Blum, R. (1987). Contemporary threats to adolescent health in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 257, 3390- 3395.
- Blum, R.W. e Ireland, M. (2004). Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 35, 493-500.
- Bobes, J. y Calafat A., (Eds.) (2000a) Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12(2) 330 pags.
-

- Bobes, J. y Calafat, A. (Eds.) (2000b). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12(2) 7-18.
- Bohman, M. (1978). Some genetic aspects of alcoholism and criminality. *Archives of general psychiatry*, 35, 269-276.
- Bombin, B. (1980), Evolución de la repercusión del alcoholismo sobre los hijos de los enfermos alcohólicos. *Socidrogalcohol (VIII Jornadas Nacionales)*. Gandía: Socidrogalcohol.
- Boog, R.A. y Hughes, J.W. (1973). Correlates of marijuana usage. *International Journal of Addictions*, 8, 489-504.
- Botvin, G.J. (1985). The Life Skills Training Program as a health promotion strategy: Theoretical issues and empirical findings. *Special Services in the Schools*, 1 (3), 9-23.
- Botvin, G.J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56, 369-386.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1993). Adicción juvenil a las drogas: Estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1980). A comprehensive school-based smoking prevention program. *Journal of School Health*, 50, 209-213.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G.J. y Wills, T.A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. En C.Bell y R.J. Battjes (Eds.), *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents (NIDA Research Monograph 63)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D., y Botvin, E.M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Botvin, G.J., Baker, E., Renick, N., Filazzola, A.D. y Botvin, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.
- Botvin, G.J., Batson, H.W., Witts-Vitale, S., Bess, V., Baker, E. y Dusenbury, L. (1989). A psychosocial approach to smoking prevention for urban Black youth. *Public Health Reports*, 104, 573-582.
- Botvin, G.J., Eng, A. y Williams, C.L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 9, 135-143.
- Botvin, G.J., Renick, N. y Baker, E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 359-379.
- Braucht, G.N., Follingstad, D., Brakash, D. y Berry, K.L. (1973). Drug education: A review of goals, approaches and effectiveness, and a paradigm for evaluation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1279-1292.
- Braucht, G.N., Kirby, M.W. y Berry, G.J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1463-1475.
-

-
- Bredehoff D. J. y Hey, R.N. (1985). An evaluation of Self-Esteem: A Family Affair. *Family Relations/Journal of Applied Family and Child Studies FACES II*. Volume 34, 411-417
- Bronson, M.B., Pierson, D.E. y Tivnan, T. (1984). The effects of early education of children's competence in elementary school. *Evaluation Review*, 8, 615-629.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116(2).
- Brook, J.S., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1986). Some models and mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 460-467.
- Brook, J.S., Lukoff, I.F. y Whiteman, M. (1980). Initiation into adolescent marijuana use. *Journal of Genetic Psychology*, 137, 133-142.
- Brook, J.S., Whiteman, M. y Gordon, A.S. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19, 489-504.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S. y Brook. D.W. (1988). The role of older brothers in younger brothers' drug use viewed in the context of parent and peer influences. *Journal of Genetic Psychology*, 151, 59-75.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S. y Cohen, P. (1989). Changes in drug involvement: A longitudinal study of childhood and adolescent determinants. *Psychological Reports*, 65, 707-726.
- Brunswick, A.F. (1979). Black youths and drug use behavior. En G. Beschner y A. Friedman (Eds.1, *Youth and drug abuse: Problems, issues and treatment*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Brunswick, A.F. (1988). Drug use and affective distress: A longitudinal study of urban black youth. *Advances in Adolescent Mental Health*, 3, 101- 125.
- Brunswick, A.F. y Boyle, J.M. (1979). Patterns of drug involvement: Developmental and secular influences on age at initiation. *Youth and Society*, 11, 139-162.
- Bry, B.H., McKeon, P. y Pandina, R.J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273-279.
- Bukoski, W.J. (1986). School-based substance abuse prevention: A review of program research. En S. Griswold-Ezekoye, K.L. Kumpfer y W.J. Bukoski (Eds.), *Childhood and chemical abuse*. Nueva York: Haworth.
- Bukoski, W.J. (1991). *An international review of drug abuse prevention research*. Lexington: University of Kentucky.
- Bursik, R.J., Jr y Weeb, J. (1982). Community change and patterns of delinquency. *American Journal of Sociology*, 88, 24-42.
- Byram, O.W. y Fly, J.W. (1984). Family structure, race and adolescent's alcohol use: A research note. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 467-478.
- Cadore, R.J. Y Gath, A. (1978). Inheritance of alcoholism in adoptees. *British Journal of Addiction*, 132, 252-258.
-

- Cadore, R.J., Cain, C.A. y Grave, W.N. (1980). Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. *Archives of General Psychiatry*, 37, 561-563.
- Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D. y Gairepy, J.L. (1988). Social networks and aggressive behaviour: peer support or peer rejection?. *Developmental psychology*, 24, 815-823.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 3 (1), 75-100.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G. y Borrás, M. (1989). Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 9-28.
- Calafat, A. y Amengual, M.. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 3 (1), 71-75.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Callan, V.J. y Jackson, D. (1986). Children of alcoholics fathers and recovered alcoholic fathers: Personal and family functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 180-182.
- Campbell, S. B. (1987). Parent-referred problem three-year-olds: Developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 835-845.
- Campins, M., Gasch, J., Hereu, P., Rosselló, J. y Vaqué, J. (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Anales de Pediatría*, 45(5), 475-478.
- Canals, J., Blade, J. y Domenech, E. (1997). Smoking and personality predictors among young Spanish people. *Personality and Individual Differences*, 23, 905-908.
- Caplan, M., Weissberg, R.P., Grober, J.S. y Sivo, P.J. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 56-63.
- Carballo, J. L., García Rodríguez, O., Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., Errasti, J. M., y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679.
- Cárdenas, C. y Moreno-Jiménez, B. (1989). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42, 343-349.
- Carlson, B. y Edwards, W. (1990). Human values and marijuana use. *The International Journal of the Addictions*, 25(12), 1401.
- Carton, S. (2005). Personality dimensions and smoking. *Alcoologie et Addictologie*, 27, 107-112.
- Casswell, S. y Gilmore, L. (1989). An evaluated community action project on alcohol: Community organization and its evaluation. *Journal on Studies of Alcohol*, 30(4), 339-346.
- Cerezo, F. (2001). Variables de personalidad asociadas a la dinámica bullying: (agresores vs. víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. *Anales de Psicología*, 17, 37-43.
-

- Clark, D.B., Bukstein, O.G., Smith, M.G. y Kaczynski, N.A. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620.
- Clark, D. B. y Bukstein, O. G. (1998). Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health and Research World*, 22, 2, 117-121.
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T. y Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 9, 1195-1203.
- Clark, D.B., Kirisci, L. y Moss, H.B. (1998). Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 561-566.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug use* (pp. pp. 15-51). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clayton, R.R. y Voss, H.L. (1981). Young men and drugs in Manhattan: A causal analysis. Rockville, MD: *National Institute on Drug Abuse*.
- Clayton, R.R., Cattarello, A., Day, LE y Walden, K.P. (1991). Persuasive communication and drug prevention: An evaluation of the D.A.R.E. program. En L. Donohy, H. Sypher y W. Bukoski (Eds.). *Persuasive communication and drug abuse prevention*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Asociacion.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. y Sigvardsson, S. y Von Knorring, A.L. (1985). Psychopathology in adopted-out children alcoholics: The Stockholm Adoption Study. *Recent Developments in alcoholism*, 3, 37-51.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12, 494-503.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coie, J.D. (1990). Towards a theory of peer rejection. En S.R. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 365-398). Nueva York: Cambridge University Press.
- Coie, J.D.; Watt, N.F.; West, S.G.; Hawkins, J.D.; Asarnow, J.R.; Markman, H.J.; Ramey, S.L.; Shure, M.B.; y Long, B. (1993). "The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program." *American Psychologist*. 48, 1013-1022.
- Coleman, J.C. (1980). Friendship and the peer group in adolescence. En J. Adelson (Comp.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Comas, D. (1986). La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 34.
- Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddhock: alcohol y drogas en las enseñanzas medias*. Madrid: CIDE.
- Cook, P.J. y Tauchen, G. (1982a). The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Bell Journal of Economics*, 13, 379-390.
-

- Cook, P.J. y Tauchen, G. (1982b). The effect of minimum drinking age legislation on youthful auto fatalities, 1970-1977. *Journal of Legal Studies*, 13, 169-190.
- Coombs, R.H. y Landsverk, J. (1988). Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 473-482.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E. y Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 3, 298-311.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.
- Craig G.J. (1996). *Desarrollo psicológico* (7ª ed.). México: Prentice-Hall Interamericana.
- Cross, H. y Pruyn, L. (1973). Youth and other counterculture. En J.F. Adams (Ed.). *Understanding adolescence: Current developments in adolescent psychology*. Boston Mass: Allyn & Bacon.
- Crumley, F.E. (1990). Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *JAMA*, 263(22), 3051-3056.
- De Micheli, D. y Formigoni, M.L. (2004). Drug use by Brazilian students: Associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, 99, 570-578.
- Deas, D., St. Germaine, K. y Upadhyaya, H. (2006). Psychopathology in substance abusing adolescents: Gender comparisons. *Journal of Substance Use*, 11, 45-51.
- Degnan, E.J. (1972). An exploration in to the relationship between depression and positive attitude toward drugs in young adolescents and an evaluation of a drug education program. *Dissertation Abstracts*, 32(11-8), 6614-6615.
- DeMarsh, J. y Kumpfer, K.L. (1986). Family oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. En S. Griswold, S. Ezekoye, K.L. Kumpfer y W.J. Bukoski (Eds.). *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention*. Nueva York: Haworth.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C.J., Espada, J.P., Torregrosa, M.S. y García-Fernández, J.M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Salud y Drogas*, 5, 55-66.
- Dembo, R., Cervenka, K.A., Hunter, B., Wang, W. y Schmeidler, J. (1999). Engaging high risk families in community based interventions services. *Agression and Violent Behavior*, 4, 41-58.
- Dembo, R., Farrow, D., Schmeidler, J. y Burgos, W. (1979) Testing a causal model of environmental influences on early drug involvement of inner city junior high school youths. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 313-336.
- Dembo, R., Oertke, M., La Voie, L., Border, S., Washburn, M. y Schmeidler, J. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 10, 13-33.
- Deykin, E.Y., Levy, J.C. y Wells, V.W., (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*, 77, 178-182.
- Díaz, O. y Sanabria, M.A. (1993). Variables relacionadas con el inicio del consumo del tabaco. *Adicciones*, 5 (3), 287-304.
-

- Díaz, R. Las repercusiones del alcoholismo paterno en la descendencia; avances hacia la prevención de una población de riesgo. *Aula médica psiquiátrica*, 1999, 1, 51-61.
- Dinn, W.M., Aycicegi, A. y Harris, C.L. (2004). Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors*, 29, 107-126.
- Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales (1994). *Condicionantes del consumo de alcohol por menores*. Ministerio del Interior.
- Dishion, T.J. y Loeber, R. (1985). Adolescent marijuana and alcohol use: The role of parents and peers revisited. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 11-25.
- Donaldson, S.I., Graham, J.W. y Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 195-216.
- Downs, W.R. (1987). A panel of normative structure adolescent alcohol use and peer alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 167-175.
- Dupont P. J.y Jason L.A. (1984) Assertiveness Training in a Preventive Drug Education Program. *Journal of Drug Education*, Vol.14, nº4 (369-378).
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention*, 20, 337-352.
- Eldred, C.A. y Washington, M.N. (1976). Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. *International Journal of Addictions*, 117-130.
- Ellickson, P.L., Bell, R.M. y McGuigan (1993). Preventing adolescent drug use: Long term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83 (6), 856-861.
- Elliot, O.S., Huizinga, D.M. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliot, O.S., Huizinga, O. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
- Elzo, J. (1992). *Drogas y escuela IV, evolución (1981-1991) en el consumo y actitudes ante las drogas en escolares de enseñanzas medias de Donosita-San Sebastián*. Donosita-San Sebastián. Escuela universitaria de trabajo social.
- Elzo, J. (1992) *Drogas y Escuela IV*. BUP-FP. Donostia-San Sebastian: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- EMCDDA (2004), Informe anual 2004: El problema de la drogodependencia en la Unión europea. *Journal of Primary Prevention*. (20)1, pp. 3-50.
- Engs, R.C. (1990). Family background of alcohol abuse and its relationship to alcohol consumption among college students: an unexpected finding. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 542-547.
- Escámez, J. y Baeza, C. (1993). Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación/cambio de actitudes. En J.A. García-Rodríguez y Ruiz J. (Comps.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
-

- Escámez, J. V. García, R. (1990). Actitudes de los alumnos de Enseñanza General Básica ante las drogas. En J. Escámez (Ed.). *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2001a). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En R. Secades y J. R. Fernández-Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2001b). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En R. Secades y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003b). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias* (pp. 325-348). Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003a). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3, 61-81.
- Espada, J.P., Méndez, F.X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Evans, R.I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- Evans, R.I., Raines, B.E. y Owen, A.E. (1989). Formative evaluation in school-based health promotion investigations. *Preventive Medicine*, 18, 119-234.
- Evans, R.I., Rozelle, R.M., Maxwell, S.E., Raines, B.E., Dill, C.A., Guthrie, T.J., Henderson, A.H. y Hill, P.C. (1981). Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 66, 399-314.
- Evans, R.I., Rozelle, R.M., Mittlemark, M.B., Hansen, W.B., Bane, A.L. y Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 126-135.
- Fagan, J. (1988). *The social organization of drug use and drug dealing among urban gangs*. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice.
- Farrington, O.P., Loeber, R., Elliot, D.S., Hawkins, J.D., Kandel, D.B., Klein, M.W., McCord, J., Rowe, D.C. y Tremblay, R.E. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.). *Advances in clinical child psychology* (Vol. 13, pp. 283-342). Nueva York: Plenum Press.
- Feldhusen, J.F., Thurston, J.R. y Benning, J.J. (1973). A longitudinal study of delinquency and other aspects of children's behaviour. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 341-351.
- Felipe, E., León, B., Gonzalo, M. y Muñoz, B. (2004.). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, 9, 30-44.

- Fernández Hermida, J. R. y Secades, R. (comp) (2004). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Ministerio de interior, Plan Nacional sobre drogas.
- Fernández Hermida, J. R., Secades, R., Vallejo, G. y Errasti, J. M. (2003). Evaluation of what parents know about their children's drug use and how they perceive the most common family risk factors. *Journal of Drug Education*, 33, 334-350.
- Fernández, E., Schiaffino, A y Peris, M. (2001) Tabaquismo en mujeres. Un problema de salud emergente. *Enfermedades emergentes*, 3, 184-190.
- Fernández, E., Schiaffino, A. y Borrás, J.M. (2002) Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Pública de México*, 44, 11-19.
- Fidalgo, I., López, D., Piñeiro, C. y Fueyo, E. (1993). El hábito de fumar entre los adolescentes bercianos. *Anales Españoles de Pediatría*, 38 (3), 237-240.
- Flasher, L. V. y Maisto, S.A. (1984). A review of theory and research on drinking patterns among Jews. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 596-603.
- Flay, B.R. y Sobel, J. (1983). The role of mass media in preventing adolescent substance abuse. En T. Glynn, C. Luekefeld VJ. Ludford (Edso). Preventing adolescent drug abuse. Intervention strategies. Washington, DC: Government Printing Office.
- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 5, 449-488.
- Flay, B.R., Koepke, D., Thompson, S.J., Santi, S., Best, J.A. y Brown, K.S. (1989). Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-1376.
- Flay, B.R. y Petraitis (1994) Differential Influence of Parental Smoking and Friends Smoking on Adolescent Initiation and Escalation and Smoking *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, No. 3 (Sep., 1994), 248-265.
- Fleming, J.P., Kellam, S.G. y Brown, C.H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana and cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence*, 9, 285-303.
- Flynn, S. (1994). Consumo de sustancias tóxicas por adolescentes. En M.F. Fleming y K. Lawton Barry (Eds.), *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Mosby Doyma libros S.A.
- Fournet. G. P., Estes, R. E., Martin, G. L., Robertson, E. D. y McCrary, J.S. (1990). Drug and alcohol attitudes and usage among elementary and secondary students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35 (3), 81-92.
- Fracchia, J. (1974). Early cigarette. Smoking and drug use: Some comments, data and thought. *Psychological Reports*, 34(2), 371-374.
- Friedman, S.M. (1973). A drug education program emphasizing affective approaches and its influence upon intermediate school student and teacher attitudes. *Dissertation Abstracts*, 34(5-A), 2270.
- Friedman, A.S. y Utada, A.T. (1992). Family environments of adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2, 33-45.
- Frojan, M.X. y Santacreu, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas. Una perspectiva comunitaria*. Valencia: Promolibro.
-

- Gantman, C. A. (1978). Family interaction patterns among families with normal disturbed, and drug-abusing adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 429-440.
- García, P. (1990). Cuestionario de agrado-desagrado y adecuación de la percepción y la actitud hacia el centro escolar. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 16 (48), 229-273.
- García-Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13(10), 39-48.
- García-Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13(10), 413-422.
- García-Pindado, G. (1993). La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de droga. *Psiquis*, 14 (4), 39-45.
- García-Rodríguez, J.A. (1991). Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. *Avances en Drogodependencias*, 1, 411-428.
- Generalitat de Catalunya (1988). *Orientaciones y programas: Educación para la salud en la escuela*. Barcelona: Departament d'Ensenyament i de Sanitat i Seguretat Social.
- Gersick, K.E., Grady, K. y Snow, D.L. (1988). Social-cognitive skill development with sixth graders and its initial impact on substance use. *Journal of Drug Education*, 18, 55-70.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C. y Tarter, R. E. (1998). Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: Relation to executive cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 5, 560-567.
- Gili, M., Giner, J., Lacalle, J.R., Franco, D., y Martínez, E. (1989). Interrelaciones entre el consumo de tabaco y de alcohol. Resultados de un estudio de base poblacional. *Comunidad y Drogas*, 13/14, 53-61.
- Gittelman, R.S., Mannuzza, R.S. y Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up: 1. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 42, 937-947.
- Glasgow, R.E. y McCaul, K.O. (1985). Social and personal skills training programs for smoking prevention: Critique and directions for future research. En C.S. Bell y R. Batties (Eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Glynn, T.J. (1984). Adolescent drug use and the family environment: A review. *Journal of Drug Issues*, 4, 271-295.
- Gobierno Vasco (1991). *Osasunkume: La aventura de la vida*. Bilbao: Edex.
- Goe, W.R., Napier, T. L. y Bachtel, D.C. (1985). Use of marijuana among rural high school students: A test of a facilitative-constraint model. *Rural Sociology*, 50, 409-416.
- González, C., Navarro, J.I. y Salvador, L. (1998). Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 49-66.
- González, F., García-Señorán, M.M. y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.

- Goodstadt, M.S. (1974). Myths and methodology in drug education: A critical review of the research evidence. En M.S. Goodstadt (Ed.), *Research on methods and programs of drug education*. Toronto: *Addiction Research Foundation*.
- Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The sins of the fathers. *Archives of general psychiatry*, 42, 171-174.
- Goodwin, D.W. (1976). *Is alcoholism hereditary?* Nueva York: *Oxford University Press*.
- Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hipotesis. *Archives of general psychiatry*, 36, 57-61.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Moller, N., Hermansen, L., Winokur, G. y Guze, S.B. (1974). Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 31, 164-169.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Moller, N., Mednick, S. y Guze, S. (1977). Psychopatología in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Archives of general psychiatry*, 34, 1005-1007.
- Gordon, N. P. y McAlister, A. L. (1982). Adolescent drinking: Issues and research. En T.J. Coates, A.C. Petersen y C. Perry (Eds.), *Promoting adolescent health: A dialog on research and practice*. New York: *Academic Press*.
- Gorsuch R.L., y Butler M.C. (1976). Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, Jan;83(1):120-37.
- Gothan, H.J., Sher, K.J. y Wood, P.K. (2003). Alcohol involvement and developmental task completion during young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 32-42.
- Gottfredson, D.C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11, 739-763.
- Gottfredson, G.D. (1981). Schooling and delinquency. En S.E. Martin, L.B. Sechrest y R. Redner (Eds.), *New directions in the Rehabilitation of criminal offenders*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Gottfredson, G.D. (1988). *Issues in adolescent drug use*. Final report to the U.S. Department of Justice. Baltimore: Johns Hopkins University, Center for Research on Elementary and Middle Schools.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 2, 249-269.
- Greenblatt, J. C. (1998). *Adolescent self-reported behaviors and their association with marijuana use*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Grichting, V.L. y Barber, J.G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *International Journal of Addictions*, 24, 963-971.
- Griffin, K.W., Botvin, G.J., Epstein, J.A., Doyle, M.M. y Diaz, T. (2000). Psychosocial and behavioral factors in early adolescence as predictors of heavy drinking among high school seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 603-606.
- Gross, W.C. y Billingham, R.E. (1990). Relationship between egocentrism, alcohol consumption and reasons given for drinking. *Psychological Reports*, 76(2), 459-464.
-

- Gual, A., y Diaz, R. Alcoholismo prevention in childrens of alcoholicsm. Ponencia en el symposium "alcohol dependence; epidemiological and social problems". VII congress of the european society for biomedical research on alcoholim" (ESBRA). Barcelona. Junio, 1999 (resumen publicado en alcohol and alcoholism, 1999, 34 (3) 440.
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A. y Calafat, A. (2000). *Programa Alfil. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice*. Carnbridge: Harvard University Press.
- Gurling, H.M.D., Clifford, L.A. y Murray, R.M. (1981), Genetic contribution to alcohol dependence and its effects in brain function. En L. Gedder, P. Pinsi y W.A. Nance (Eds.), *Twin research* (pp. 77-87). Nueva York: Alan R. Liss.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hansen, W.B. y Graham, J.W. (1991). Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus stablishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 3, 414-430.
- Hansen, W.B., Graham, J.W., Sobel, J.L., Shelton, D.R., Flay, B.R. y Johnson, C.A. (1987). The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 559-579.
- Hansen, W.B., Johnson, C.A., Flay, B.R., Graham, J.W. y Sobel, J. (1988). Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grande students: Result from Proyect SMART. *Preventive medicine*, 17, 135-154.
- Harada, S., Agarwal, D.P., Goedde, H. y Ishikawa, B. (1983). AldehYde, dehydrogenase isozyme variation and alcoholism in Japan. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 18, 151-153.
- Harakeh, Z., Scholte, R.H.J., de Vries, H. y Engels, C.M. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 31, 232-245.
- Harford, T.C., (1985). Drinking patterns among Black and non-Black adolescents: Results of a national survey. En R. Wriyth y T.D. Watts (Eds.), *Prevention of Black alcoholism: Issues and es strategies*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Harrier, L.K., Lambert, P.L. y Ramos, V. (2001). Indicators of adolescent drug users in a clinical population. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10, 71-87.
- Harstone, E. y Hansen, K.V. (1984). The violent juvenile offender. En R. Mathias, P. de Muro y R.S. Allison (Eds.), *An Antology of violent juvenile offenders*. Newark, NJ: National Council and crime and Delinquency.
- Hartup, W.W. (1983). Peer relations. En P.H. Mussen (Ed.). *Handbook olchild psychology: Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
-

- Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Morrison, D.M., O'Donnell, J., Abbott, R.D. y Day, L.E. (1992). The Seattle Social Development Project: Effects of the first four years on protective factors and problems behaviors. En J. McCord y R. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Intervention from birth through adolescence*. Nueva York: Guilford Press.
- Hawkins, J.D., Doueck, H.J. y Lishner, D.M. (1988). Changing teaching practices in mainstream classroom to improve bonding and behavior of low achievers. *American Educational Research Journal*, 25, 31-50.
- Hawkins, J.D., Lishner, D., Catalano, R. y Howard, M. (1985). Childhood predictors of adolescent substance abuse: Toward an empirically grounded theory. *Journal of Children in Contemporary*, 18, 11-48.
- Hawkins, J.D., Lishner, D.M., Jenson, J.M. y Catalano, R.F. (1987). Delinquents and drugs: Wath the evidence suggest about prevention and treatment programming. En B.S. Brown y A.R. Mills (Eds.), *Youth at high risk for substance abuse* (pp. 81-113). Washington, DC: U.S. Government Printig Office.
- Herjanic, B., Herjanic, M., Penick, E., Tomelleri, C. y Armbruster, R. (1977), Children of alcoholics. En F. Seixas (Ed.), *Currents in alcoholism* (Vol.2). Nueva York: Grune and Stratton.
- Herting, J.R. y Guest, A.M. (1985). Components of satisfaction with local areas in the metropolis. *The Sociological Quarterly*, 26, 99-115.
- Hesselbrock, V. (1986). Family history of psychopathology in alcoholics: A review and issues. En R. Meyer (Ed.), *Psychopathology and addictive disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Holmberg, M.B. (1985). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-year-old population: 1. Drug carel. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 67-79.
- Hops, H., Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Stoolmiller, M. (1996). Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- Hops, H., Tildesley, E., Lichenstein, E., Ary, D. y Sherman, L. (1990). Parent – adolescent problem solving interactions and drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 239-258.
- Horovath, P. y Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, 41-52.
- Hrubec, Z. y Omenn, G.S. (1981). Evidence of genetic predisposition t alcoholic cirrhosis and psychosis: Twin concordances for alcoholism and its biological end points by zygoty among male veterans. *Alcoholism*, 5, 207-215.
-

- Huba, G.J. y Bentler, P.M. (1982) A developmental theory of drug use: Derivation and assessment of a causal modeling approach. *Life-Span Development and Behavior*.
- Huba, G.J., Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Adverse drug experiences and drug use behaviors: A one-year longitudinal study of adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 203-219.
- Huba, G.J., Wingard, J.A. y Bentler, P.M. (1979). Beginning adolescent drug use and peer and adult Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 265-276.
- Hundleby, J.D. y Mercer, G. W. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents use of alcohol, tobacco and marijuana. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 151-164.
- Hunt, D.G. (1974). Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of marijuana usage among offspring. *Human Relations*, 27, 267-285.
- Hurd, P., Johnson, C.A., Pechacek, T., Best, C.P., Jacobs, D. y Luepker, R. (1980). Prevention of cigarette smoking in 7th grade students. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 15-28.
- Inglés, C.J., Hidalgo, M.D., Méndez, F.X. e Inderbitzen, H.M. (2003). The Teenage Inventory of Social Skills: Reliability and validity of the Spanish translation. *Journal of Adolescence*, 26, 505-510.
- Inglés, C.J., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D. e Inderbitzen, H.M. (2002, marzo). Evaluación de la conducta prosocial y antisocial en adolescentes españoles y estadounidenses. Jornadas sobre Habilidades Sociales: La Competencia Social y Personal. Presente y Futuro, Valladolid, España.
- Inglés, C.J., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D. y Spence, S.H. (2003). The List of Social Situation Problems: Reliability and validity in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 65-74.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista R., Torregrosa, M.S. y Espada J.P. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco: estudio de una muestra de estudiantes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 403-420.
- Ingra, A. y Moos, R.H. (1979). Alcohol use among college students: some competing hypotheses. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 393-405.
- Itza, L. (1992). Las drogas no convencionales. En J. Elzo (Ed.), *Drogas y Escuela IV*. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Jason, L.A., Mollica, M. y Ferone, L. (1982). Evaluating an early secondary smoking prevention intervention. *Preventive Medicine*, 11, 96-102.
- Jensen, G.F. y Brownfield, D. (1983). Parents and drugs. Specifying the consequences of attachment. *Criminology*, 21(4), 543-554.
- Jessor, R. (1976). Predicting time of onset of marijuana use: A developmental study of high school youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 125-134.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
-

-
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Windmer, K (1980). *Psychosocial factors in adolescent alcohol and drug use: The 1980 National Sample Study, and the 1974-78 Panel Study*. University of Colorado: Institute of Behavioral Science.
- Joe, G.W. y Simpson, D. (1991). Reasons for inhalant use. Special issue: inhalant use by mexican American youth: Findings from a longitudinal study. *Spanish Journal of Behavioral Sciences*, 13, 256-266.
- Johnson, B.D., Goldstein, P.J., Preble, E., Schmeidler, .J., Lipton, D., Spunt, B. y Miller, T. (1985). *Taking care of business: The economics of crime by heroin abusers*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Johnson, C.A. y Solís, J. (1983). Comprehensive community programs for drug abuse prevention: Implications of the community heart disease prevention programs for future research. *National Institute on Drug Abuse Monograph Series*, 47, 76-114.
- Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., MacKinnon, D.P" Flay, B.R., Baer, N.A. y Hansen, W.B. (1990). The relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 4047-4056.
- Johnson, GM., Schoutz, F.C. y Locke, T.P. (1984). Relationships between adolescent drug use and parental drug behaviors. *Adolescence*, 19, 295-299.
- Johnston, L.O. (1985). The etiology and prevention of substance use: What can we learn from recent historical changes? En C.L. Jones y R.J. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for pre ven tion* (NIOA Research Monograph 56). Washington, OC: Government Printing Office.
- Johnston, L.O. (1991). Toward a theory of drug epidemics. En L. Oonohew, H.E. Sypher y W.J. Bukoski (Eds.) *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 93-131). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Johnston. L.O., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. (1989). *Drug use, drinking, and smoking: National survey results fram high school, colege, and young adult populations* (OHHS Publication No. AOM 89-1638). Washington, OC: U.S. Government Printing Office.
- Joksch, H.C. (1988). *The impact of severe penalties on drinking and driving*. Washington DC: AAAFoundatios for Traffic Safety.
- Jones, M.C. (1971). Personality antecedents and correlates of drinking patterns in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 61-69.
- Jones, S. y Heaven, P. (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21, 127-134.
- Jurich, A.P., Polson, C.J., Jurich, J.A. y Bates, R.A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20(77), 143-159.
- Kaij, L. (1960). *Alcoholism in twins: Studies on the etiology and sequelae of abuse of alcohol*. Stockholm, Sweden: Alonguist & Winkell.
- Kamali, K. y Steer, R.A. (1976). Polydrug use high school students: Involvent and correlates. *International Journal of Addictions*, 11, 337-343.
-

- Kaminer, Y. (1991). The magnitudes of concurrent psychiatric disorders in hospitalized substance abusing adolescents. *Child Psychiatry Human Dev.*, 22(2) 89-95.
- Kandel, D.B., Davies, M. y Baydar, N. (1990). The creation of interpersonal contexts: Homophily in dyadic relationships in adolescence and young adulthood. En L. Robins y M. Rutter (Eds.), *Stright and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 221-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1991). Cocaine use in national sample of U.S. youth (NLSY): Epidemiology, predictors, and ethnic patterns. En, *The epidemiology of cocaine use and abuse* (NIDA research monograph). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kandel, D.B. (1985). On processes of peer influences in adolescent drug use: A developmental perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 139-163.
- Kandel, D. B. (1978). Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. En O.B. Kandel (Ed.). *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington, O.C.: Hemisphere-Wiley.
- Kandel, D.B. y Yamaguchi, K. (1985). Oevelopmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En C.L. Jones y R. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (pp. 193-235). Rockville, MO: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En O.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.). *Theories on drug abuse: Selected Contemporary perspectives (NIDA Research Monograph 30, DHHS)*. Washington, DC U.S. Government Printig Office.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kandel, D.B. y Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: 1. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kandel, D.B., Kessler, R.C. y Margulies, R.S. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13-40.
- Kandel, D.B., Margulies, R.Z. y Davies, M. (1987). Analytical strategies for studying transitions into developmental stages. *Sociology of Education*, 51, 162-176.
-

-
- Kandel, D.B., Single, E. y Kessler, R. (1976). The epidemiology of drug use among New York State High School students: Oistribution, trends, and change in rates of use. *American Journal of Public Health*, 66, 43-53.
- Kaplan, H.B. (1977). Antecedents of deviant responses: Predicting from a general theory of deviant behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 89-101.
- Kaplan, H.B. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. Nueva York: Academic Press.
- Kaplan, H.B. (1985). Testing a general theory of drug abuse and other deviant adaptations. *Journal of Drug Issues*, 15, 477-492.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robbins, C. (1982). Applications of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.
- Katz, L. F. y Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940-950.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotic addicts. *International Journal of Addictions*, 16, 273-282.
- Kaufman, E. y Kaufman, P. (1979). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Nueva York. Garder Press.
- Kellam, S., Brown, C., Rubin, B. y Ensminger, M. (1983). Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: Developmental epidemiological studies in Woodlawn. En S. Guze, F. Earls y J. Barret (Eds.), *Childhood psychopathology and development*. Nueva York: Raven Press.
- Kellam, S.G. y Brown, H. (1982). *Social adaptational and psychological antecedents of adolescent psychopatology ten years la ter*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Kellam, S.G., Ensminger, M.E. y Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 273-304.
- Kellan, S.G., Simon, M.B. y Ensminger, M.E. (1983). Antecedent of teenage drug use and psychological well-being: A ten-year community wide prospective study. En D. Ricks y B.S. Dohrenwend (Eds.), *Origins of Psychopatology: Research and Public Policy*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Kim, S. (1979). *An evaluation of ombudsman primary prevention program on student drug abuse*. Charlotte, NC: Charlotte Drug Education Center.
- Kim, S. (1982). Feeder area approach: An impact evaluation of a prevention project on student drug abuse. *International Journal of the Addictions*, 17(2), 305-313.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development an empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, G., Surall, D. y Bischoff, R.F. (2004). Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 247-265.
-

- Klepp, K., Halper, A. y Perry, C.L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56, 407-411.
- Knight, R.C., Sheposh, J.P. y Bryson, J.B. (1974). College student marijuana use and societal alienation. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 28-35.
- Knowles, E.E. y Schroeder, D.A. (1990). Personality characteristics of sons of alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 51 (2), 142-147.
- Knyavev, G.G. (2004). Behavioural activation as predictor of substance use: Mediating and moderating role of attitudes and social relationships. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 309-321.
- Kollins, S.H., McClernon, F.J. y Fuemmeler, B.F. (2005). Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1142-1147.
- Kosten, T., Rounsaville, B. y Kleber, H. (1985). Parental alcoholism in opio id addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 461-469.
- Krosnick, J.A. y Judd, C.M. (1982). Transitions in social influence at adolescence: Who induces cigarette smoking? *Developmental Psychology*, 18, 359-368.
- Kumpfer, K. y DeMarsh, J. (1986). Family enviromental and genetic influences on children's future chemical dependency. *Journal of Children in Contemporary Society*, 18, 49-91.
- Kumpfer, K.L., Olds, D.L., Alexander, J.F., Zucker, R.A. y Gary, L.E. (1998). Family etiology of youth problems. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention trough family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Kumpfer, K.L., Turner C., Hopkins R. y Librett J. (1993). Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health Education Research*, 8, 3, 359-374.
- Kupersmidt, J.B., Coie, J.D. y Dodge, K.A. (1990). The role of poor peer relationships in the development of disorder. En S.A. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 274-305). Cambridge: Cambridge University Press.
- La Greca, A.M., Prinstein, M.J. y Fetter, M.D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health-risk behaviors and close friendships. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 131-143.
- Labouvie, E. W. (1986). The coping function of adolescent alcohol and drug use. En R.K. Silbereisen, K. Eyfert y G. Rudynger (Eds.), *Development as action in context*. New York: Springer.
- Labouvie, M. (1996). Maturing out of substance use: Selection an self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- LaPorte, R., Cresanta, J. y Kuller, L. (1980). The relationship of alcohol consumption to atherosclerotic heart disease. *Preventive Medicine*, 9, 22-40.
- Lefebvre, R.C., Lasater, T.M., Carleton, R. y Peterson, G. (1987). Theory and delivery of health programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Preventive Medicine*, 16, 80-95.
-

- Lemer J.V. y Vicary J.R. (1984) Difficult temperament and drug use: analyses from the New York Longitudinal Study. *Journal of Drug Education*. Vol. 14. 1-8.
- Levenson, M.R. (1990). Risk taking and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1073-1080.
- Levy, D. y Sheflin, N. (1985). The demand for alcoholic beverages: An aggregate time-series analysis. *Journal of Public Policy and Marketing*, 4, 47-54.
- Levy, L. (1973). Drug use on campus. *Drug Forum*, 2, 141-171.
- Lewis, C.E., Robins, L.N. y Rice, J. (1985), Association of alcoholism with antisocial personality in urban men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 166-174.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 70, 2, 90-96.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: Evidence for developmental progresions. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11). Nueva York: Plenum Press.
- Loeber, R. Y Stouthamer-Loeber, M.S. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. En M. Tonry y N. Morris (Eds.), *Crime and Justice* (7) (pp. 29-149). Chicago: University of Chicago Press.
- Loeber, R.T. y Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 93, 68-99.
- Long, J.V.F. y Scherl, D.S. (1984). Developmental antecedents of compulsives drug use: A report on the literature. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16, 169-183.
- Loukas, A., Krull, J.L., Chassin, L. y Carle, A.C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 68, 1153-1175.
- Lozano, E. y Polaino A. (1992). La vivencia religiosa en el enfermo alcohólico: un estudio actitudinal. *Anales de Psiquiatría*, 8, 258-264.
- Luengo, A., Otero, J.M., Mirón, L., y Romero, E. (1992). Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. Junta de Galicia. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Comisionado del Plan Nacional Sobre Drogas.
- Luepker, R.V., Johnson, C.A., Murray, D.M. y Pechacek, T.F. (1983), Prevention of cigarette smoking: Three year follow-up of educational programs for youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 53-61.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maciá, D. (1984). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de droga. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 87-94.
- Maciá, D. (1986). *Método conductual de prevención de la drogodependencia*. Valencia. Promolibro.
- Mackinnon, D. A., Johnson, C.A., Pentz, M.A., Hansen, W.B., Flay, B.R. y Yang, F.I. (1991). Mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology*, 10, 164-172.
-

- Maddahian, E., Newcomb, M.O. y Bentler, P.M. (1988). Adolescent drug use and intention to use drugs: Concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups. *Addictive Behaviors*, 13, 191-195.
- Malvin, J., Moskowitz, J., Schaps, E. y Schaeffer, G. (1985). Evaluation of two school-based alternatives programs. *Journal of Alcohol Drug Education*, 30, 98-108.
- Margulies, R.Z., Kessler, R.C. y Kandel, D.B. (1977). A longitudinal study of onset of drinking among high-school students. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 897-912.
- Marley, R.J., Miner, L.L., Wehner, J.M. y Collins, A.C. (1986). Differential effects of central nervous system depressants in long-sleep and shortsleeper mice. *Journal of Pharmacology Experimental Therapeutics*, 238, 1028-1033.
- Martínez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M.I. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia. Importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez-González, J.M. y Robles-Lozano, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13, 222-228.
- Martínez-González, J.M., Robles-Lozano, L. y Trujillo, H. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 461-475.
- Mason, M.L. (1973). Drug education effects. *Dissertation Abstracts*, 34(4-B), 418.
- McAlister, A., Perry, C.L., Killen, J., Slinkard, L.A. y Maccoby, N. (1980). Pilot study of smoking, alcohol, and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*, 70, 719-721.
- McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1477-1486.
- McCord, J. (1981). Alcoholism and criminality. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 739-748.
- McCord, W. y McCord, J. (1959). *Origins of crime*. Montclair, NJ: Columbia University Press.
- McDermott, D. (1984). The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence*, 19, 89-97.
- McGee, L. y Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical. New York. McGraw-Hill.
- McKenna, T. y Pickens, R. (1983). Personality characteristics of alcoholic childrens of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 688-700.
- Méndez, F.X., Hidalgo, M.D. e Inglés, C.J. (2002). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters: Psychometric Properties of the Spanish translation in the adolescent population. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 30-42.
- Mendoza, R. y Sagrera, M. (1991). *Los escolares y la salud: avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (1990)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).
-

- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1992). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza, R., Villarasa, A. y Ferrer, X. (1986). *Educación sobre las drogas en el ciclo superior de la E.G.B.: Propuesta de programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Mensch, B.S. y Kandel, D.B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61, 95-113.
- Mercer, G.W. y Smart, R.G. (1974). The epidemiology of psychoactive and hallucinogenic drug use. En R.J. Gibbons (Ed.). *Research advances in alcohol in drug problems*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Mercer, G.W., Hundleby, J.D. y Carpenter, R.A. (1978). Adolescent drug use and attitudes toward the family. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 79-90.
- Merenakk, L., Harro, M., Kiive, E., Laidra, K., Eensoo, D., Allik, J., Oreland, L. y Harro, J. (2003). Association between substance use, personality traits, and platelet MAO activity in preadolescents and adolescents. *Addictive Behaviors*, 28, 1507-1514.
- Merikangas, K.R. (1990). The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychological Medicine*, 20, 11-22.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Merino P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*. 12(2). 275-280.
- Michel, G., Puper- Ouakil, D. y Mouren-Siméoni, M.C. (2001). Facteurs de risques des conduits de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Annuaire de Médecine Psychologique*, 159, 662-631.
- Milberger, S (1997) ADHD Is Associated With Early Initiation of Cigarette Smoking in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1): 37-44.
- Miller, J. S., Lochman, J. E., Coie, J. D., Terry, R. y Hyman, C. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 3, 221- 232.
- Miller, J.D. y Rittenhouse, J.D. (1980). Sociallearning and drug use in familv dvads. En J.D. Rittenhouse (Ed.). *National survey on drug abuse during the seventies: A social analysis*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Mirin, S., Weiss, R. y Michael, J. (1986). Familv pedigree of pschopathologV in substance abusers. En R. Meveer (Ed.), *Psychopathology and addictive disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Mirón, L., Serrano, G. Godor, A. y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 88, 255-282.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Moos, R.H. y Billings, A.G. (1984). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155-163.
- Moradillo, F. (1995). Adolescentes, valores y drogas. *Proyecto*, 15, (Dossier 16), 1-16.
- Moskowitz, J. (1983). Preventing adolescent substance abuse through drug education. En T. Glynn, C. Leukefeld y J. Ludford (Eds.). *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies*. (Research Monograph 47). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 5488.
- Moskowitz, J. M., Schaps, E. y Malvin, J. H. (1982). Process and outcome evaluation in a primary prevention: The Magic Circle programo *Evaluation Review*, 6, 775-788.
- Moskowitz, J. M., Schaps, E., Malvin, J. y Schaeffer, G. (1985). The effects of drug education at follow-up. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30, 45-49.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Murray, C.A. (1983). The physical environment and community control of crime. En J.Q. Wilson (Ed.), *Crime and Public Policy* (pp. 107-122). San Francisco: Institute for Contemporary Studies.
- Murray, D.M. Davis-Hearn, M., Goldman, A.I., Pirie, P. y Luepker, R.V. (1988). Four and five-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of behavioral medicine*, 11, 395-405.
- Murray, D.M., Johnson, C.A., Luepker, R.V. y Mittelmark, M.B. (1984). The prevention of cigarette smoking in children: A comparison of four strategies. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 274-288.
- Murray, D.M., Pirie, P., Luepker, R.V. y Pallonen, U. (1989). Five and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 207-218.
- Murray, D.M., Richards, P.S., Luepker, R.V. y Johnson, C.A. (1987). The prevention of cigarette smoking in children: Two and three-year follow-up comparisons of four prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 595-611.
- Murray, R.M. y Stabenau, J.R. (1982). Genetic factors in alcoholism predisposition. En *Encyclopedic handbook alcoholism* (pp. 135-144). Nueva York: Gardner Press.
- Napier, T., Bachtel, D. y Carter, M. (1983). Factors associated with illegal drug use in rural Georgia. *Journal of Drug Education*, 13, 119-140.
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing drug abuse among children and adolescents. A Research-based guide*. NIH Publication 97 4212, Rockville MD: National Institutes on Health.
-

- Needle, R.H., McCubin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A. y Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use: The role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of Addictions*, 21, 739-766.
- Needle, R.H., Su, S. y Doherty, W.J. (1990). Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of Marriage and The Family*, 52, 157-169.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1998a). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1998b). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.
- Newcomb, M.O. y Bentler, P.M. (1986). Substance use and ethnicity: Differential impact of peer and adult models. *Journal of Psychology*, 120, 83-95.
- Newcomb, M.O. y Bentler, P.M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Newcomb, M.O., Maddahian, E. y Bentler, P.M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 76, 625-630.
- Newcomb, M.O., Maddahian, E., Skager, R. y Bentler, P.M. (1987). Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 413-433.
- Noller, P. y Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. Londres: Routledge.
- Norem-Hebeisen, A., Johnson, D.B., Anderson, D. y Johnson, R. (1984). Predictors and contaminants of changes in drug use patterns among teenagers. *Journal of Social Psychology*, 124, 43-50.
- Nylander, I. (1960). Children of alcoholic fathers. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 49, 9-127.
- Nylander, I. (1979). The development of antisocial behavior in children. *Acta Paedopsychiatrica*, 47, 71-80.
- O'Callaghan, F. y Doyle, J. (2001). What is the role of impression management in adolescent cigarette smoking? *Journal of Substance Abuse*, 13, 459-470.
- O'Donnell, J.A. y Clayton, R.R. (1979). Determinants of early marijuana use. En G.M. Beschmer y A.S. Friedman (Eds.), *Youth drug abuse: Problems, issues, and treatment* (pp. 63-110). Lexington, MA: Lexington Books.
- O'Donnell, J.A., Voss, H.L., Clayton, R.R., Slatin, G.T. y Room, R.G.W. (1976). *Young men and drugs: A nation wide survey*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
-

- Oei, T.P., Fae, A. y Silva, P. (1990). Smoking behavior in nine year old children: A replication and extension study. *Advances in alcohol and substance abuse* 8 (3/4), 85-96.
- Ohaeri, J.U. y Odejide, O.A. (1993). Admissions for drug and alcohol related problems in Nigerian psychiatric care facilities in one year. *Drug Alcohol Dependence*, 31 (2) 101-109.
- O'Rourke, T. W. V Barr, S.L. (1974). Assesment of the effectiveness of the New York state drug curriculum guide with respect to drug attitudes. *Journal of Drug Education*, 4(3), 347-356.
- Orte, C. (1993). Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas. *Proyecto*, 3 (6), Dossier 7.
- Orte, C. (1994). El contexto de la intervención en la prevención de las drogas en la escuela: los factores microsociales. *Socidrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales). Ponencias y Comunicaciones*, 521-528.
- Ortega, P. y Mínguez, R. (1990). Actitudes de los alumnos de BUP-FP ante las drogas. En J. Escámez (Ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Ortega, P., Mínguez, R. y Pagan, F.A. (1992). *Actitudes hacia la droga en los alumnos de Enseñanza General Básica de la región de Murcia*. Murcia: Conserjería de asuntos sociales. Dirección General de Bienestar Social.
- Otero, H. (1994). *Aprender a decir NO*. Madrid: Fere.
- Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24(11), 1065-1082.
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Parker, J.G. y Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological bulletin*, 102, 357-389.
- Paschall, M.J., Flewelling, R.L. y Russell, T. (2004). Why is work intensity associated with heavy alcohol use among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 34, 79-87.
- Paton, S.M. y Kandel, D.B. (1978). Psychological factors and adolescent illicit drug use: Ethnicity and sex difference. *Adolescence*, 13, 187-200.
- Paton, S.M., Kessler, R. y Kandel, D.B. (1977). Depressive mood and adolescent drug use: A longitudinal analysis. *Journal of Genetic Psychology*, 131, 267-289.
- Pedersen, W., Clausen, S.E. y Lavik, N.J. (1988). Sensation seeking and adolescent drug use. *Nordisk Psykology*, 40, 358-370.
- Pedersen, W., Clausen, S.E. y Lavik, N.J. (1989). Patterns of drug use and sensation seeking among adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 386-390.
- Peiró, J.M, Del Barrio, H. y Carpintero, H. (1983). *Conductas, actitudes y valores en la juventud*. Valencia: Asociación de Padres de alumnos del Instituto de Bachillerato de Torrent.
- Penning, M. y Barnes, G.E. (1982). Adolescent marijuana use: A review *International Journal of addictions*, 17, 749-791.
-

- Pentz, M.A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. En T.J. Glynn, C.G. Leukefeld y J.P. Ludford (Eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies* (NIDA Research Monograph 47). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Pentz, M.A., Dwyer, J.H., MacKinnon, O.P., Flay, B.R., Hansen, W.B., Wang, E.V. y Johnson, C.A. (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Pérez de Arróspide, J.A. y Ruiz, J. (1993). Programa de prevención comunitaria de las drogodependencias. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- Pérez Gálvez, B. (1991), Influencia de la abstinencia paterna, rasgos de personalidad parentales y dinámica familiar, en la personalidad de los hijos de alcohólicos. *Socidrogalcohol (XIX Jornadas Nacionales)*. Santa Cruz de Tenerife: Socidrogalcohol.
- Pérez Gálvez, B. y De Vicente, M.P. (1992). Trastornos psicopatológicos en hijos de alcohólicos: Diferencias en relación al tiempo de abstinencia paterna y sexo filial. *A vances en Drogodependencias 11. Socidrogalcohol (XX Jornadas Nacionales)*. Córdoba: Socidrogalcohol.
- Perry, C., Killen, J., Slinkard, L.A. y McAlister, A.L. (1980). Peer teaching and smoking prevention among junior high students. *Adolescence*, 9, 277-281.
- Perry, C.L. (1987). Results of prevention programs with adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 20 (1), 13-19.
- Perry, C.L., Grant, M., Ernberg, G., Florenzano, R.U., Langdon, M.C., Myeni, A.D., Waalberg, R., Berg, S., Andersson, K., Fisher, K.J., Blaze-Temple, D., Cross, D., Saunders, B., Jacobs, Jr. D.R. y Schmid, T. (1989). Who collaborative study on alcohol education and young people: Outcomes of a four-country pilot study. *International Journal of the Addictions*, 24(12), 1145-1172.
- Perry, C.L., Klepp, K.I. y Shultz, J.M. (1988). Primary prevention of cardiovascular disease: Communitywide strategies for youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 358-364.
- Perry, C.L., Telch, M.J., Killen, J., Dass, R. y Maccoby, N. (1983). High school smoking prevention: The relative efficacy of varied treatments and instructors. *Adolescence*, 18, 562-566.
- Petersen, W. y Skrondal, A. (1999). Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study. *Addiction*, 94, 11, 1695-1796.
- Petratis, J. et al, (1995) Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pickens, R., Svikis, D., McGue, M., Lykken, D., Heston, L. y Clayton, P. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
- Piercy, F.P., Volk, R.J., Trepper, T., Sprenkle, D.H. (1991). The relationship of family factors to patterns of adolescent substance abuse. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 41-54.
-

- Pinazo, S., y Pons, J. (2001). Estudio empírico sobre la implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas. En R. Secades y J. R. Fernández-Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Pisano, S. y Rooney, J.F. (1988). Children's changing attitudes regarding alcohol: A cross-sectional study. *Journal of Drug Education*, 18, 1-11.
- Plan Nacional sobre Drogas (1998-1999). *Encuesta sobre drogas a la población escolar* (Informe preliminar). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Encuesta sobre drogas a la población escolar* (Informe preliminar). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Memoria 2005*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 8*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006-2007). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de educación secundaria (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Regional sobre drogas (1995). *Memoria 1995*. Comunidad de Madrid,
- Polaino, A. (1991). *Psicología patológica*. Madrid: UNED.
- Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations. Manuscrito no publicado.
- Pollock, V.E., Volavka, J. y Goodwing, D.W. (1983). The EEG after alcohol administration in men at risk for alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 40, 857-861.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: *Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.
- Rabe-Jablonska, J., Dietrich-Muszalska, A. y Gmitrowicz, A. (2004). The prevalence of social phobia in a representative group of adolescents from Lodz. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6, 15-22.
- Rachal, J.V., Guess, L.L., Hubbard, R.L., Maisto, S.A., Cavanaugh, E.R., Waddel, R. y Benrud, C.H. (1982). Facts for planning No. 4: Alcohol mis use by adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 6(3), 61-68.
- Rathus, S.A., Richner-Rathus, L. y Siegel, L.J. (1977). Behavioral and familial correlates of episodic heroin abuse among suburban adolescents. *International Journal of the Addictions*, 12, 625-632.
- Recio, J.L. (1993). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
-

-
- Recio, J.L. (1995). The influence of family, school, and peers on adolescent drug misuse. *The International Journal of the Addictions*, 30, 1407-1423.
- Recio, J.L., Santos, C., Sánchez, M.A., Escamilla, J.P., Barahona, M.J. y Plaza, L.A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Reilly, D.M. (1979). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. *Family Therapy*, 11, 149-171.
- Reiss, A.J. (1986). Why are communities important in understanding crime? En A.J. Reiss y M. Tonry (Eds.). *Communities and crime*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1987). The retrospective pretest: An alternative approach to evaluating substance abuse prevention programs. *Journal of Drug Education*, 17(4), 345-355.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon Press.
- Richardson, D.W., Nader, P.R., Rochman, K.J. y Freidman, S.B. (1972). Attitudes of fifth grade students to illicit psychoactive drugs. *Journal of School Health*. 42(7), 389-391.
- Río del, M.C., Alvarez, F.J. y Queipo, D. (1989). Patterns of alcohol use among university students in Spain. *Alcohol-Alcoholism*, 24(5), 465-471.
- Robins, L. N. (1978). Study childhood predictors of adult anti-social behavior: Replications fo longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Robins, L.N. y Przybeck, T.R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En C.L. Jones y R.J. Battjes (Eds.). *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. ADM 85-1335, pp. 178-192). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Robins, L.N. y Ratcliff, K.S. (1979). Continuation of antisocial behavior into adulthood. *International Journal of Mental Health*, 7, 96-116.
- Robins, LN. (1980). The natural history of drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 7-20
- Rogers, E.M. y Storey, J.D. (1988). Communication campaigns. En S. Chafee y C. Berger (Eds.), *Handbook of communication science*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rokeach, M. (1978). A value approach to the prevention and reduction of drug abuse. En T.J. Glynn (Ed.), *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. Rockville, MD: NIDA.
- Rooney, J. F. y Villahoz, J. (1994). Análisis multivariable sobre las actitudes e influencias sociales relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en una población de estudiantes de E.G.B. y EE.MM. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(1), 15-38.
- Rosenblitt, O.L. y Nagey, O.A. (1973). The use of medical manpower in a seventh grade drug education programo *Journal of Drug Education*, 3(1), 39-56.
- Ruiz, P. (1993). Estudio de una población de alcohólicos en relación a una muestra de población general: datos actitudinales. *Anales de Psiquiatria*, 9, 315-325.
-

- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10(4), 157-162.
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales. *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.
- Rutter, M. (1980). *Changing youth in a changing society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rutter, M. y Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York. Penguin Books.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. y Ouston, J. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Cambridge: Harvard University Press.
- Saffer, H. y Grossman, M. (1987). Beer taxes, the legal drinking age, and youth motor vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*, 16, 351-374.
- Saiz, P.A., González, M.P., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M.J., Granda, B. y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11, 209-220.
- Salmon, R. y Salmon, S. (1977). The causes of heroin addiction: A review of the literature. Part II. *International Journal of Addictions*, 12(7), 937-951.
- Sánchez, E. y Berjano, E. (1995). Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas: Diferencias entre un grupo de drogodependientes y un grupo control. *Información Psicológica*, 59, 37-49.
- SAMHSA (2002). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of applied studies. Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health*. 135-146. Rockville: SAMHSA, 2002.
- Schaps, E., Bartolo, R.O., Moskowitz, J., Palley, C.S. y Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 12, 17-43.
- Schaps, E., Moskowitz, J., Condon, J. y Malvin, J. (1982). Process and outcome evaluation of a drug education course. *Journal of Drug Education*, 12, 253-364.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5) 612-630
- Schinke, S. P. y Blythe, B.J. (1981). Cognitive-behavioral prevention of children's smoking. *Child Behavior Therapy*, 3, 25-42.
- Schinke, S.P. (1984). Preventing teenage pregnancy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.O. (1983). Primary prevention of tobacco smoking. *Journal of School Health*, 53(7), 416-419.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.O. (1984). *Life skills counseling with adolescents*. Austin, TX:Pro.Ed.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.O. (1985). Preventing cigarette smoking with youth. *Journal of Primary Prevention*.
-

- Schinke, S.P., Bebel, M.Y., Orlandi, M.A. y Botvin, G.J. (1988). Prevention strategies for vulnerable pupils: School social work practices to prevent substance abuse. *Urban Education*, 22, 510-519.
- Schinke, S.P., Botvin, G.J. y Orlandi, M.A. (1991). *Substance abuse in children and adolescents: Evaluation and intervention*. California: Sage.
- Schinke, S.P., Botvin, G.J., Trimble, J.E., Orlandi, M.A., Gilchrist, L.O. y Locklear, V.S. (1988). Preventing substance abuse among AmericanIndian adolescents: A bicultural competence skills approach. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 87-90.
- Schneider, R.K., Kojak, G. y Ressdorf, H. (1977), Father-distance and drug abuse in young men. *Journal of Nervous and Mental Oisease*, 165, 269-274.
- Schuckit, M.A. (1980). Self-rating alcohol intoxication by young men with and without histories of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 242-249.
- Schuckit, M.A. (1987). Biological vulnerability to alcoholism. *Journal of Consulting and Clínica Psychology*, 55, 301-309.
- Schuckit, M.A. y Rayes, V. (1979). Ethanol ingestion: Differences in blood acetaldehyde concentrations in relatives of alcoholics and controls. *Science*, 203, 54-55.
- Schuckit, M.A., Goodwin, D.A. y Winokur, G. (1972). A study of alcoholism in half siblings. *American Journal o, Psychiatry*, 128, 1132-1136.
- Schuckit, M.A., Parker, D.C. y Rossman, L.R. (1983). Ethanol-related prolactin responses and risk for alcoholism. *Biological Psychiatry*, 18, 1153-1159.
- Schukit, M.A. (1982). Anxiety and assertiviness in the relatives of aleoholics and controls. *Journal of Clínica Psychiatry*, 43, 238-239.
- Schukit, M.A. (1983). Extroversion and neuroticism in young men at higher or lower risk for alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1223-1224.
- Schwartzman, J. (1975). The addict, abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132, 154-157.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil: Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J. R.(2002). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español. En J. R. Fernández y R. Secades (Coor.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 57-112). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., Vallejo, G., y Martín, E. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Secades-, R., Fernández-Hermida, J. R. y Vallejo, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14, 1-15.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J. R. y Vallejo, G. (2006). *Cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA)*. TEA ediciones.
-

- Segal, B. (1985). *Consistency for motives for drug-taking behavior among adolescents*. Washington DC: Meeting of American Public Health Association.
- Selnow, G.W. (1987). Parent-child relationships and single and two parent families: Implications for substance usage. *Journal of Drug Education*, 17, 315-326.
- Shaw, C.R. y McKay, H.D. (1969). *Juvenile delinquency and urban areas* (Rev.ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Sher, K. (1991). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol health and research world*. Vol 21. nº 3. 247-254.
- Sigurdsson, J.F. y Gudjonsson, G.H. (1996). Psychological characteristics of juvenile alcohol and drug users. *Journal of Adolescence*, 19, 121-126.
- Simcha-Fagan, O. y Schwartz, J.E. (1986). Neighborhood and delinquency: An assessment of contextual effects. *Criminology*, 24, 667-703.
- Simeha-Fagan, O., Gersten, J.C. y Langner, T. (1986). Early precursors and concurrent correlates of illicit drug use in adolescents. *Journal of Drug Issues*, 16, 7- 28.
- Smart, R.G., Gray, G. y Bennett, C. (1978). Predictors of drinking and signs of heavy drinking among high school students. *International Journal of Addictions*, 13, 1079-1094.
- Smith, G.M. y Fogg, C.P. (1978). Psychological predictors of early use, late use, and non-use of marijuana among teenage students. En D.B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings methodological issues*. Washington, DC: Hemisphere-Wiley.
- Sonntag, H., Wittche, H. U., Hoefler, M., Kessler, R. C. y Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 15, 1, 67-74.
- Spevak, M. y Pihl, R.O. (1976). Nonmedical drug use by high school students: A three year survey study. *International Journal of Addictions*, 11, 755-792.
- Spivack, G. (1983). *High risk early behaviors indicating vulnerability to delinquency in the community and school*. National Institute of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Law Enforcement Assistance Administration. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- SPSS 14.0. (2007) y 15.0 (2008). *Actualización de SPSS para Windows*. Chicago: SPSS Inc.
- Stabenau, J.R. (1986). Genetics factors and human reactions to alcohol. En J.L. Fuller y E.C. Simmel (Comps.), *Perspectives in behavior Genetics* (pp.201-266). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, M.D. (1979). The client as family member: Aspects of continuing treatment. En B.S. Brown (Ed.), *Addicts and aftercare: Community integration of the former drug user* (pp. 81-102). Beverly Hills, CA: Sage.
-

- Stanton, O. y Tood, T.C. (1979). Structural family therapy with drug addicts. En E. Kaufman y P. Kaufman (Comps.), *Family Therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Garder Press.
- Stanton, O. y Tood, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addictions*. Nueva York: Guilford Press.
- Stenmark, D., Kinder, B. y Milne, L. (1977). Drug-related attitudes and knowledge of pharmacy students and college undergraduates. *International Journal of Addictions*, 12(1), 153-160.
- Stern, S., Northman, J.E. y Van Slyck, M.R. (1984). Father absence and adolescent "problem behaviors": Alcohol consumption, drug use and sexual activity. *Adolescence*, 19, 301-312.
- Stowell, R.J.A. y Estroff, T.W. (1992). Psychiatric disorders in substance abusing adolescent inpatients: A pilot study. *Journal of American Academie on Child Adolescent Psychiatry*, 31 (6), 1036-1040.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Suwaki, H. y Ohara, H. (1985). Alcohol induced facial flushing and drinking behavior in Japanese men. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 196-198.
- Swadi, H.S. (1988). Adolecent drug taking: Role and Family and peers. *Drug and alcohol dependence*, 2, 157-160.
- Swaim, R.C., Oetting, E., Edwards, R. y Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal 01 Consulting and Clinical Psychology*, 57, 227-231.
- Swisher, J.D., Crawford, J.I., Goldstein, R. y Yura, M. (1971). Drug education: Pushing or Preventing? *Peaboy Journal of Education*, 49, 68-75.
- Swisher, J.O. (1979). Prevention issues. En R.I. Dupont, A. Goldstein y J. O'Donnell (Eds.), *Handbook on Druge Abuse*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Swisher, J.O. y Hoffman, A. (1975). Information: The irrelevant variable in drug education. En B.W. Corder, R.A. Smith y J.O. Swisher (Eds.), *Drug Abuse prevention: Perspectives and approaches for educators*. Oubuque, IA.
- Tabakoff, B. y Hoffman, P.L. (1988). Genetics and biological markers of risk for alcoholism. *Public Health Reports*, 103, 690-698.
- Tarter, RE, Hegedus, A.M., Winsten, N. y Alterman, A.I. (1984). Neuropsychological, Personality and familial characteristicsof phisically abused juvenile delinquents. *Journal of Academie Child Psychiatry*, 23, 668-674.
- Taylor, D.N. y Del Pilar, J., (1992). Self-sterm, anxiety, and drug use. *Psychological Report*, 71, 896-898.
- Teasdale, Segraves, y Zacune, (1971). Psychoticism in drug-users. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 160-171.
- Tec, N. (1974). Parent-child a drug abuse: Generational continuity or adolescent deviancy. *Adolescence*, 9, 351-364.
- Teichman, M., Barnea, Z. y Rahav, G. (1989). Personality and substance use among adolescents: A longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 84, 181-190.
-

- Telch, M.J., Killen, J.O., McAlister, A.L., Perry, C.L. y Maccoby, N. (1982). Long term follow-up of a pilot project with adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 1-8.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Torres, M.A. (1987). Consumo de alcohol y otras drogas entre los estudiantes de los últimos cursos de Enseñanza General Básica de la ciudad de Torrent. En: *Estudio preventivo y epidemiológico a través de dos cursos académicos (1985-86 y 1986-87)*. Valencia: Ayuntamiento de Torrent.
- Torres, M.A. (1989). *Prevención del uso del alcohol y drogas entre escolares de Torrent*. Valencia: Ayuntamiento de Torrent.
- Ungerleider, S. y Bloch, S.A. (1987). Perceived effectiveness of drinking-driving countermeasures: An evaluation of MADO. *Journal of Studies of Alcohol*, 49(2), 191-195.
- Upadhyaya, H.P., Brady, K.T., Wharton, M. y Liao, J. (2003). Psychiatric disorders and cigarette smoking among child and adolescent psychiatry inpatients. *American Journal on Addictions*, 12, 144-152.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vargas, C. y Trujillo, H.M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología Conductual*, 14, 41-62.
- Varo, J.R. (1983). *La edad escolar y el uso de drogas. Prevención y educación sanitarias*. Pamplona: OSPN.
- Von Knorring, L., Orelund, L. y von Knorring, A.L. (1987). Personality traits and platelet MAO activity in alcohol and drug abusing teenage boys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 307-314.
- Wallerstein, J.S. y Kelly, J.B. (1980). Effects of divorce on the visiting fatherchild relationship. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1534-1539.
- Watts, R.K. y Rabow, J. (1983). Alcohol availability and alcohol-related problems in 213 Californian cities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 7, 47-58.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. y Rimm, E. B. (1995). A gender specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85, 7, 982-985.
- Weiller, E., Bissierbe, J.C., Boyer, P., Lepine, P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.
- Weir, W.R. (1968). A program of alcohol education and counseling for high school students with and without a family alcohol problem. *Dissertation Abstracts*, 28(11-A), 4454-4455.
- Weschler, H. y McFadden, T. (1979). Patterns of alcohol consumption among the young: High school, college, and general population studies. En H.J. Blane y M.E. Chafez (Eds.). *Youth, alcohol, and social policy*. Nueva York: Plenum Press.
- White, H.R. (1990). The drug-use delinquency nexus in adolescence. En R. Weisheit (Ed.), *Drugs, crime and criminal justice system*. Champaign, Illinois: Anderson.
-

- White, H.R., Johnson, V. y Horowitz, A. (1986). An application of three deviance theories to adolescent substance use. *International Journal of Addictions*, 21, 347-366.
- Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*. Nueva York: Academic Press.
- Wild, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A. y Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1454-1467.
- Wilens, T.E., Biederman, J., Abrantes, A.M. y Spencer, T. (1997). Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 941-947.
- Wilson, J.O. y Herrnstein, R.J. (1985). *Crime and human nature*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Winick, C. y Winick, M.P. (1976). Drug education and a content of mass media dealing with "dangerous drugs" and alcohol. En R.E. Osteman (Ed.), *Communication research and drug education*. London: Sage.
- Winokur, G., Reich, T., Rimmer, J. y Pitts, F.N. (1970). Alcoholism III; Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Archives of General Psychiatry*, 24, 104-111.
- Wittchen, H.U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wu, L.T., Schlenger, W.E. y Galvin, D.M. (2003). The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. *Journal of Adolescent Health*, 32, 5-15.
- Zabin, L.S., Hardy, J.B., Smith, E.A. y Hirsch, M.B. (1986). Substance use and its relation to sexual activity among inner-city adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 320-331.
- Zeitlin, E. y Swadi, L. (1989). Adolescence: The genesis of addiction. *The International Handbook of Addiction Behavior*, 163- 167.
- Ziegler-Driscoll, G. (1979). The similarities in families of drug dependents and alcoholics. En E. Kaufman y P. Kaufman (Comps.). *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp. 19-39). Nueva York: Gardner Press.
- Zimmermann, P., Wittchen, H.U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R.C. y Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.
- Zucker, R.A. (1979). Developmental aspects of drinking through the young adult years. En H.T. Blane y M.E. Chafetz (Eds.), *Youth, alcohol and social policy* (pp. 91-146). Nueva York: Plenum Press.
- Zucker, R.A. y Harford, T.C. (1983). National study of the demography of adolescent drinking practices in 1980. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 974-985.
- Zucker, R. A. y Lisansky, E. S. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for a biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.

-
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking, and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 197-206.
- Zuckerman, M. (1987). Biological connection between sensation seeking and drug abuse. En J. Engel y L. Oreland (Eds.), *Brain reward systems and abuse* (pp. 165-176). Nueva York: Raven Press.
- Zuckerman, M. (1987). Is sensation seeking a predisposing trait for alcoholism? En E. Gottheill, K.A. Druley, S. Pashkey y S.P. Weinstein (Comps), *Stress and addiction* (pp. 283-301). New York. Bruner/Mazel.





APÉNDICE

1. AUTOINFORMES Y CUESTIONARIOS

“Os voy a pasar un cuestionario sobre aspectos de vuestra vida que pueden estar relacionados con el consumo de drogas. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales, por lo que os pido que contestéis con la máxima sinceridad. No se trata de un examen sino que pretendemos conocer vuestra opinión sobre las cuestiones que se plantean en el cuestionario”.

Nombre de Instituto de Educación Secundaria: _____.
Nº de aula _____, Nº identificación _____.-

1.- Información de identificación y socio-demográfica (Señala con una **X** la alternativa)

- ◆ Edad =
 - Varón
 - Mujer
- ◆ Curso =
- ◆ Número de hermanos =
- ◆ Convivencia - ¿Con qué persona o personas convives en la misma casa?
 - Ambos padres
 - Padre o madre solo
 - Abuelos o tíos
 - Otros familiares
 - Otras personas
- ◆ Rendimiento académico
 - ¿Cuántos cursos has repetido? =
 - Nota media del curso anterior:
 - Suspenso
 - Aprobado
 - Bien
 - Notables
 - Sobresaliente.

2.- Indica el tipo de reacción que tendría cada una de las siguientes personas si algún día te pillaran **fumando**. Señala con una **X** el círculo de la respuesta que corresponda

Se disgustaría mucho	Se disgustaría bastante	Se disgustaría	Se disgustaría sólo un poco	Le daría igual
----------------------------	-------------------------------	-------------------	--------------------------------------	-------------------

1.- Tu padre

2.- Tu madre

3.- Tus
hermanos/as

4.- Tus abuelos

5.- Otras personas
de tu familia

Indica el tipo de reacción que tendría cada una de las siguientes personas si algún día te pillaran **bebiendo** alcohol. *Señala con una X el círculo de la respuesta que corresponda*

- | | Se
disgustaría
mucho | Se
disgustaría
bastante | Se
disgustaría | Se
disgustaría
sólo un
poco | Le daría
igual |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 6.- Tu padre | | | | | |
| 7.- Tu madre | | | | | |
| 8.-Tus
hermanos/as | | | | | |
| 9.- Tus abuelos | | | | | |
| 10.- Otras personas
de tu familia | | | | | |

Indica el tipo de reacción que tendría cada una de las siguientes personas si algún día te pillaran **tomando drogas**. *Señala con una X el círculo de la respuesta que corresponda*

- | | Se
disgustaría
mucho | Se
disgustaría
bastante | Se
disgustaría | Se
disgustaría
sólo un
poco | Le daría
igual |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 11.- Tu padre | | | | | |
| 12.- Tu madre | | | | | |
| 13.-Tus hermanos/as | | | | | |
| 14.- Tus abuelos | | | | | |
| 15.- Otras personas
de tu familia | | | | | |

Marca la respuesta que corresponda

- | | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------------------------------------|------|------|----------|-------|
| 16.- Mi mejor amigo/a fuma | | | | |
| 17.- Mi mejor amigo/a bebe alcohol | | | | |
| 18.- Mis amigos fuman | | | | |
| 19.- Mis amigos beben alcohol | | | | |
| 20.- Mis amigos/as consumen drogas | | | | |

Marca la respuesta que corresponda

	Estoy de acuerdo	No estoy seguro	No es cierto
21.- Mis amigos/as creen que consumir drogas es malo			
22.- Mis amigos/as creen que los adultos exageran con las drogas			
23.- Mis amigos/as se disgustarían si me vieran consumir drogas			
24.- Mis amigos/as se disgustarían si me vieran fumar			
25.- Mis amigos/as se disgustarían si me vieran beber alcohol			

Indica con qué frecuencia realizas las siguientes actividades

	Nunca	Rara vez	frecuentemente	Diariamente
26.- Ir a salas recreativas				
27.- Ir a fiestas, discotecas o de marcha				

Si te lo propusieras ¿con qué facilidad obtendrías las siguientes sustancias?

	Muy fácil	Fácil	Con cierta dificultad	Difícil	Muy difícil.
28.- Tabaco					
29.- Vino / Cerveza					
30.- Licores /Combinados					
31.- Porros					
32.- Medicamentos					
33.- Anfetaminas					
34.- Heroína					
35.- Cocaína					

Marca la respuesta que corresponda

- | | Muy de
acuerdo | Bastante de
acuerdo | Algo de
acuerdo | En
desacuerdo | Muy en
desacuerdo |
|--|-------------------|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| 36.- Mis padres discuten o se disgustan el uno con el otro frecuentemente | | | | | |
| 37.- Me preocupo de lo que me puede pasar cuando mis padres discuten | | | | | |
| 38.- Cuando mis padres tienen problemas normalmente pueden resolverlos | | | | | |
| 39.- Me altero mucho cuando mis padres discuten | | | | | |

Marca la respuesta que corresponda

- | | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 40.- Mi padre bebe alcohol | | | | |
| 41.- Mi madre bebe alcohol | | | | |
| 42.- Mi padre fuma | | | | |
| 43.- Mi madre fuma | | | | |
| 44.- Mis hermanos/as fuman | | | | |
| 45.- Mis hermanos/as beben alcohol | | | | |
| 46.- En mi familia se consumen medicamentos para los nervios | | | | |
| 47.- En mi familia se consumen drogas | | | | |

Marca la respuesta que corresponda

- | | Estoy de
acuerdo | No estoy
seguro | No es cierto |
|---|---------------------|--------------------|--------------|
| 48.- Siento que mis padres me quieren | | | |
| 49.- Mis padres se preocupan de mi | | | |
| 50.- Me siento maltratado por mis padres | | | |
| 51.- Hay personas en la familia que me maltratan | | | |

Indica la frecuencia con la que tu padre o tu madre te han hablado o advertido sobre el peligro que hay si haces alguna de las siguientes cosas.

Nunca Rara vez Casi siempre Siempre

52.- Fumar

53.- Tomar alcohol

54.- Consumir drogas

55.- Andar con personas que se drogan

Dime con qué frecuencia te exige tu familia que cumplas las siguientes normas familiares. *Señala con una X el círculo de la respuesta que corresponda*

Siempre Casi siempre Unas veces sí y otras no Casi nunca Nunca

56.- Prohibición de uso del tabaco

57.- Prohibición del uso del alcohol

58.- Prohibición del uso de drogas

No Rara vez Normalmente Siempre

59.- ¿Te aburres en tu tiempo libre?

Indica con qué frecuencia realizas las siguientes actividades.

Nunca Rara vez Frecuentemente Diariamente

60.- Practicar un deporte federado o para participar en competiciones

61.- Jugar en casa con juegos electrónicos (ordenador, videoconsolas, etc.)

62.- Leer libros, cuentos o comics.

63.- Ir al cine

64.- Jugar y andar en bicicleta con los amigos

65.- Pasear y hablar con los amigos/as

¿Cómo te llevas con tus padres y con tu familia?

	Muy bien	Bien	Bastante mal	Muy mal	No tengo relación
66.- Padre					
67.- Madre					
68.- Hermanos y Hermanas					
69.- Otros miembros de tu familia que viven contigo					

Durante la semana ¿con qué frecuencia haces las siguientes actividades con tu padre, con tu madre o con ambos?.

	Nunca	Algún día	Casi todos los días	Todos los días
70.- Comer o cenar				
71.- Ver la televisión				
72.- Arreglar la casa				
73.- Hacer los deberes escolares				
74.- Hacer deporte				
75.- Visitar a otros parientes				
76.- Hablar sobre lo que ha pasado en el día				

Indica la respuesta que corresponda

	Estoy de acuerdo	No estoy seguro	No es cierto
77.- Me gusta venir al colegio			
78.- Siento que hago algo útil estudiando			
79.- Se me dan bien los estudios			
80.- Me llevo bien con mis compañeros de clase			
81.- En general, mis profesores me tratan bien			

Dime con qué frecuencia te exige tu familia que cumplas las siguientes normas familiares. Señala con una X el círculo de la respuesta que corresponda

- | | Siempre | Casi siempre | Unas veces sí y otras no | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|--------------------------|------------|-------|
| 82.- Regresar a una hora fija por la tarde cuando salgo | | | | | |
| 83.- Hacer los deberes del colegio al regresar de clase | | | | | |
| 84.- Salir sólo durante el fin de semana | | | | | |
| 85.- Acostarme a una hora fija | | | | | |
| 86.- Vestirme y arreglarme correctamente | | | | | |
| 87.- Evitar cierto tipo de amistades | | | | | |
| 88.- Comer o cenar en familia | | | | | |
| 89.- Participar en las tareas domésticas (p.ej.: arreglar mi habitación) | | | | | |

En mi caso, las normas familiares que me afectan se deciden:

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| 90.- Por mi padre y mi madre conjuntamente | Por mi padre principalmente | Por mi madre principalmente | De común acuerdo conmigo | Por mí mismo |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|

¡POR FAVOR, COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES!

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

C.D.I.

- 1.- Estoy triste de vez en cuando
 Estoy triste muchas veces
 Estoy triste siempre.
- 2.- Nunca me saldrá nada bien.
 No estoy seguro de si me las cosas me saldrán bien
 Las cosas me saldrán bien
- 3.- Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
- 4.- Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
- 5.- Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
- 6.- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
- 7.- Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
- 8.- Todas las cosas malas son culpa mía
 Muchas cosas malas son culpa mía
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
- 9.- No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme
- 10.- Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando
- 11.- Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
- 12.- Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente
- 13.- No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
- 14.- Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de i aspecto que no me gustan
 Soy feo/a

-
- 15.- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16.- Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme
 Duermo muy bien
- 17.- Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
- 18.- La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
- 19.- No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20.- Nunca me siento solo/a
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
- 21.- Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio de vez en cuando
 Me divierto en el colegio muchas veces
- 22.- Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
- 23.- Mi trabajo en el colegio es bueno
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
- 24.- Nunca podré ser tan bueno como otros chicos/as
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros chicos
 Soy tan bueno como otros chicos
- 25.- Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere
- 26.- Generalmente hago lo que me dicen
 Muchas veces no hago lo que me dicen
 Nunca hago lo que me dicen
- 27.- Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces
 Me peleo siempre
-

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Has consumido alcohol en el último mes? SI NO

¿A qué edad comenzaste a consumir? _____ años.

¿Con qué frecuencia consumes ALCOHOL?

Nunca o 1 copa/mes 2 ó 3 copas/mes 1 ó 2 copas/semana

CONSUMO DE TABACO

¿Has consumido TABACO en el último mes? SI NO

¿A qué edad comenzaste a consumir? _____ años.

¿Con qué frecuencia consumes TABACO?

Nunca o 1 ó 2 cigarrillos/mes 5-10 cigarrillos/sem 10 ó 20 cig./sem

CONSUMO DE CANNABIS

¿Has consumido cannabis (marihuana) en el último mes? SI NO

¿A qué edad comenzaste a consumir? _____ años.

¿Con qué frecuencia consumes CANNABIS?

Nunca o 1 vez/mes 2 ó 3 veces/mes 1 ó 2 veces/semana

VALOR COXIMETRÍA:

CO (ppm)	VALOR ALUMNO

Evaluación de la colinealidad entre todos los predictores (variables independientes).

	Sexo	Edad	Convivencia	Repetir cursos	Nota media	CDI	Frida I	Frida II	Frida III	Frida IV	Frida V	Frida VI	Frida VII	Consumo de tabaco durante el último mes	Consumo de tabaco durante el último mes	Consumo de tabaco durante el último mes	Coximetría
Sexo	1																
Edad	.046	1															
Convivencia	-.007	-.003	1														
Repetir cursos	-.167	.375	.086	1													
notamedia	.087	-.229	-.129	-.432	1												
CDI	.077	.060	.098	.088	-.207	1											
Frida I	-.026	.295	.113	.206	-.181	.257	1										
Frida II	.004	.443	.059	.277	-.229	.220	.466	1									
Frida III	-.019	.397	-.010	.142	-.073	.154	.312	.485	1								
Frida IV	.024	.054	.090	.177	-.092	.330	.208	.212	.163	1							
Frida V	.033	.109	.063	-.009	-.006	-.020	.034	.038	.114	.011	1						
Frida VI	.144	.168	.100	.050	-.099	.310	.278	.250	.243	.228	.021	1					
Frida VII	.011	.321	.100	.170	-.171	.288	.355	.373	.382	.172	.112	.386	1				
Consumo de tabaco durante el último mes	-.079	-.357	-.078	-.274	.248	-.201	-.379	-.566	-.359	-.204	-.033	-.198	-.249	1			
Consumo de tabaco durante el último mes	-.061	-.442	-.007	-.172	.169	-.181	-.329	-.526	-.420	-.211	-.094	-.228	-.277	.537	1		
Consumo de tabaco durante el último mes	-.021	-.300	-.016	-.247	.173	-.117	-.331	-.540	-.385	-.166	-.081	-.225	-.275	.622	.428	1	
Coximetría	-.025	.255	.054	.236	-.133	.012	.260	.360	.160	.068	.037	.091	.130	-.400	-.200	-.396	1

NOTA: CDI = Cuestionario de Depresión de Beck; Frida I = reacción de la familia; Frida II = grupo de amigos; Frida III = acceso a drogas; Frida IV = riesgo familiar; frida V = educación familiar; Frida VI = actividades protectoras; Frida VII = estilo educativo.

