



Facultad de Medicina
Departamento de Psicología de la Salud

**Diseño y validación de una escala de detección
precoz del riesgo de consumo abusivo de drogas
entre adolescentes.**

Tesis doctoral presentada por
Daniel Lloret Irlles

Director
Prof. Dr. José Antonio García del Castillo Rodríguez

Sant Joan d'Alacant, 2015

Agradecimientos

Si algo bueno tiene el paso del tiempo, es que te da el sosiego para apreciar la bondad de las personas que encuentras en el camino. Dedico las primeras líneas de este trabajo a expresar mi más sincero agradecimiento por la paciencia y el ánimo de todos los que en algún momento me han acompañado.

A mi director, José Antonio, por haberse mostrado disponible y acogedor. Sus acertados consejos, y también sus sabios silencios, han sido rayos de luz en la oscuridad que envuelve toda investigación. Espero haberlos sabido aprovechar.

A mi compañera Sonia, quien dedicó su tiempo y conocimiento con generosidad, colmando con mucho mis expectativas.

A mi amigo José Pedro, por hacerme sentir el calor de la confianza.

A mi compañero Juan Carlos, por su preocupación, decidido empuje y desinteresada ayuda. A Ana y a José Luis por prestarme su apoyo incondicional sin que yo se lo pidiera.

Gracias a todos vosotros, el largo camino se ha hecho más llevadero.

Un reconocimiento muy especial a mi familia, a la que tantos ratos he privado. A mis mayores Miguel, Daniel y Filina por su esfuerzo y por disponer lo necesario para que yo pudiera dedicarme al estudio. Especialmente a ellos que no llegaron a ver el final de este trabajo. A mi hija Claudia, por los juegos a los que no hemos jugado y los cuentos que no le he contado. Y sobre todo a mi amada Cristina, eterna compañera, siempre dispuesta a asumir las tareas de madre, y de padre, mientras yo me entregaba a la escritura. Su luz disipa los momentos más oscuros.

Este trabajo no se habría culminado sin vuestra generosidad y aliento.

A todos vosotros os debo esta tesis. Gracias de corazón.

Índice



INTRODUCCIÓN.	15
Extended Summary	25

PARTE I. MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO 1. EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES	31
1.1 Alcohol	34
1.1.a Prevalencia	35
1.1.b Embriaguez	36
1.1.c Edad de inicio.....	37
1.1.d Conclusiones	37
1.2 Tabaco.....	39
1.2.a Prevalencia	39
1.2.b Edad de inicio	39
1.2.c Conclusiones.....	40
1.3 Cannabis	41
1.3.a Prevalencia	41
1.3.b Edad de inicio	42
1.3.c Conclusiones.....	42
1.4 Otras drogas ilegales.....	43
1.4.a Tranquilizantes	43
1.4.b Cocaína	44
1.4.c MDMA, Éxtasis	44
1.4.d Anfetaminas.....	45
1.4.e Conclusiones.....	45
CAPÍTULO 2. TEORIAS SOBRE EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS.	47
CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS.	
3.1.- Marco conceptual.	61
3.1.a Definición de factor de riesgo.....	62
3.1.b Definición de consumo	63
3.1.c Características de los factores de riesgo	65
3.1.d Clasificación de los factores de riesgo.....	72
3.2.- Factores Macro-Sociales.	77
3.2.a. Estatus socio-económico	78
3.2.b. Desorganización comunitaria.	81
3.2.c. Accesibilidad	83
3.2.d. Normativa/Legislación.....	87
3.2.e. Percepción normativa	88

3.3.- Factores Micro-Sociales.	
3.3.1.- Escuela	93
3.3.1.a.- Actitud hacia los estudios.....	93
3.3.1.b.- Proyección profesional.....	96
3.3.1.c.- Participación en la vida escolar.....	97
3.3.2.- Familia	101
3.3.2.a.- Actitud de los padres hacia el consumo.....	106
3.3.2.b.- Relación con los padres	108
3.3.2.c.- Estilo parental - Pautas educativas.....	112
3.3.2.d.- Supervisión / Disciplina.....	115
3.3.3.- Grupo de iguales.....	119
3.3.3.a.- Presión de grupo	120
3.3.3.b.- Ocio	123
3.4. Factores Individuales	129
3.4.a. Impulsividad.....	132
3.4.b. Búsqueda de sensaciones.....	136
3.4.c Habilidades sociales.....	141
3.4.d Autoconcepto/Autoestima	146
3.4.e Percepción del riesgo	149
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	
<hr/>	
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	159
CAPÍTULO 5. Estudio 1. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO	167
5.1.- Objetivo	168
5.2.- Procedimiento.....	168
Fase 1. Definición operativa del constructo a medir.....	169
Fase 2. Determinación del contenido del cuestionario.....	169
Fase 3. Generación del banco de ítems.....	172
Fase 4. Revisión y depuración del banco de ítems	178
Fase 5. Determinación de la población de estudio.....	180
Fase 6. Definición de la forma de administración y el formato.....	180
Fase 7. Realización del ensayo piloto	181
Fase 8. Consideración de otras variables.....	182
5.3. Conclusiones.....	182
CAPÍTULO 6. Estudio 2. PARTICIPANTES.....	193
6.1 Descriptivo. Características sociodemográficas.....	197

6.2 Perfiles de consumo y variables asociadas.	
6.2.1 Tabaco	201
6.2.2 Alcohol.....	204
6.2.3 Cannabis.....	206
CAPÍTULO 7. ESTUDIO 2. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO	209
7.1 Escala de Factores de <i>Riesgo Macro-Social</i>	211
7.1.1 Estadísticos descriptivos de los ítems	212
7.1.2 Análisis de la estructura interna	214
7.1.3 Análisis de los ítems	218
7.1.4 Análisis de fiabilidad	220
7.1.5 Estabilidad de la estructura factorial	223
7.1.6 Análisis de la validez.....	224
7.1.7 Conclusiones	233
7.2. Escala de Factores de <i>Riesgo Micro-Social</i>	235
7.2.1 Escala de <i>Riesgo Micro-Social: Amigos</i>	237
7.2.1.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	238
7.2.1.b Análisis de la estructura interna	239
7.2.1.c Análisis de los ítems.....	241
7.2.1.d Análisis de fiabilidad	242
7.2.1.e Estabilidad de la estructura factorial	243
7.2.1.f Análisis de la validez.....	245
7.2.1.g Conclusiones	250
7.2.2 Escala de <i>Riesgo Micro-Social: Escuela</i>	253
7.2.2.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	254
7.2.2.b Análisis de la estructura interna	256
7.2.2.c Análisis de los ítems.....	258
7.2.2.d Análisis de fiabilidad.....	260
7.2.2.e Estabilidad de la estructura factorial	261
7.2.2.f Análisis de la validez.....	262
7.2.2.g Conclusiones	267
7.2.3 Escala de <i>Riesgo Micro-Social: Familia</i>	269
7.2.3.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	269
7.2.3.b Análisis de la estructura interna	271
7.2.3.c Análisis de los ítems.....	274
7.2.3.d Análisis de fiabilidad	275
7.2.3.e Estabilidad de la estructura factorial	277
7.2.3.f Análisis de la validez.....	279
7.2.3.g Conclusiones	284
7.3. Escala de Factores de <i>Riesgo Individual</i>	287

7.3.1 Escala de Riesgo Individual-Estado.....	289
7.3.1.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	290
7.3.1.b Análisis de la estructura interna	291
7.3.1.c Análisis de los ítems.....	294
7.3.1.d Análisis de fiabilidad	295
7.3.1 e Estabilidad de la estructura factorial	297
7.3.1.f Análisis de la validez.....	298
7.3.1.g Conclusiones	302
7.3.2 Escala de Riesgo Individual-Rasgo	303
7.3.2.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	304
7.3.2.b Análisis de la estructura interna	305
7.3.2.c Análisis de los ítems.....	307
7.3.2.d Análisis de fiabilidad	308
7.3.2 e Estabilidad de la estructura factorial	310
7.3.2.f Análisis de la validez.....	311
7.3.2.g Conclusiones	316
7.3.3 Escala de Riesgo Individual: Habilidades Sociales.....	317
7.3.3.a Estadísticos descriptivos de los ítem.....	318
7.3.3.b Análisis de la estructura interna	320
7.3.3.c Análisis de los ítems.....	322
7.3.3.d Análisis de fiabilidad	322
7.3.3 e Estabilidad de la estructura factorial	324
7.3.3.f Análisis de la validez.....	325
7.3.3.g Conclusiones	329
7.4. Conclusiones generales del análisis psicométrico.....	331
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	339
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	377
ANEXOS	406



Introducción.

A pesar de los grandes esfuerzos invertidos en las dos últimas décadas, el consumo de drogas continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública, con especial incidencia en la población juvenil. Los datos más recientes publicados por el Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT) corresponden a la Encuesta Estatal de Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2012) indican que el 74% de los estudiantes de 14-18 años, ha tomado alguna bebida alcohólica, el 29,7% ha fumado tabaco alguna vez y el 16,1% ha consumido cannabis en los últimos 30 días (OEDT, 2012, pp.66). En Europa, las prevalencias medias son 70%, 28% y 7% respectivamente, según el informe ESPAD 2011, en el que sólo participan estudiantes de 15-16 años (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi y Kraus, 2012).

Más allá de la experimentación, preocupa el grado de fidelización una vez iniciados los primeros consumos. El tabaco y el alcohol presentan una mayor continuidad. El porcentaje de escolares españoles que, habiendo consumido alguna vez tabaco o alcohol, repitieron el uso de estas sustancias en los últimos 30 días es respectivamente del 89% y 76%. Sustancias como el cannabis (62%) o el éxtasis (44%) registran también una elevada continuidad en su uso. Consumir marihuana antes de los 15 años aumenta significativamente el riesgo del posterior abuso, no sólo de marihuana sino también del resto de drogas (Ellickson, Tucker, Klein y Saner, 2004; Robins y Przybeck, 1985)

Los descomunales esfuerzos por invertir la escalada del consumo de drogas desde la reducción de la oferta, tan sólo han logrado un efecto paliativo, que en el mejor de los casos consiguen que el consumo no aumente o ligeras reducciones en alguna sustancia. La comunidad científica ha declarado su consenso en que la reducción del consumo debe afrontarse desde una prevención rigurosa y basada en la evidencia. Con esta certeza, durante los últimos veinte años, la prevención se ha consolidado como una disciplina científica prometedora. La fundación en 1991 de la Sociedad para la Investigación en Prevención (Society for Prevention Research) supone un hito en la prevención. Aunque el interés de la SPR abarca el estudio de la etiología y prevención de problemas de salud física, mental y social en su más amplia acepción, el consumo de drogas ocupa un lugar relevante. No en vano, la SPR fue fundada bajo el auspicio del National Institute for Drug Abuse (NIDA). En Europa, se crea la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (EUSPR) en 2010. Al igual que su antecesora americana, el estudio de la etiología y la prevención del consumo de drogas cobra especial relevancia, y la EUSPR cuenta con el impulso inicial del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT). Sus objetivos y temas de estudio trascienden el ámbito de las drogodependencias, y se dirigen a la

mejora de la salud y bienestar humano desde una perspectiva ambiental, universal, selectiva e indicada.

Durante este período se viene presenciando una evolución que parte de las acciones aisladas, la mayoría cargadas de buenas intenciones pero carentes de rigor metodológico y de dudosa eficacia, hacia una cultura de rigor científico que propicia una prevención basada en resultados contrastados. A finales de la década de los noventa, el Plan Nacional sobre Drogas (1997, pag. 49) analizó la evolución de la prevención en España y concluyó que “se dispone de una buena base de materiales preventivos, muchos de los cuales han sido positivamente experimentados” y constató “una evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales”. A pesar de ello, durante los siguientes 15 años, el consumo de drogas continuó creciendo en algunas sustancias, o no reduciéndose en otras, por lo que resulta evidente que se requieren mejoras en los programas preventivos y mayor rigor a la hora de aplicarlos y evaluar su eficacia.

En respuesta a la necesidad de poner en valor la prevención que funciona, han surgido iniciativas que podrían denominarse por el nombre general de “portal de buenas prácticas” y que se caracterizan por promover y facilitar el acceso a recursos previamente seleccionados según criterios de calidad. En Estados Unidos el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) gestiona el Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en la Evidencia (NREPP). Contiene programas de tratamiento y prevención de las enfermedades mentales y abuso de drogas que han sido evaluados y clasificados por revisores independientes. Canadian Best Practice Portal (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>), gestionado por la Agencia de Salud Pública, es una iniciativa similar, que contiene únicamente programas e intervenciones de carácter comunitario que persiguen la prevención de enfermedades crónicas, incluido el consumo de drogas, y la promoción de la salud. La Australian Drug Foundation, ofrece una base de datos de información sobre drogas y recursos para la prevención y el tratamiento (http://www.adin.com.au/content.asp?Document_ID=39). Ya en Europa, destaca la base EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Actions) y el proyecto PERK (Prevention Evaluation Resources Kit) ambos desarrollados y gestionados por el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (EMCDDA). España se sitúa en el grupo de cabeza de los países europeos al desarrollar el proyecto “Prevención basada en la evidencia” (<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>) un sistema de revisión e información de la calidad de los programas preventivos al servicio de los profesionales y las personas responsables de programas o que toman decisiones sobre políticas preventivas

En el campo de la clínica de las drogodependencias se dispone de diversos instrumentos de cribaje que ofrecen un índice de gravedad general de la adicción, donde Sobell, Toneato y Sobell (1994) y Carey (2002) nos ofrecen una revisión. En este sentido, cuestionarios como DAST (Skinner, 1982), DUSI (Tarter y Hegedus, 1991), AUDIT para el alcohol (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993; Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001), EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995), MAP (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann, Edwards, y Strang, 1998), el DAP (Schwartz y Wirtz, 1990), permiten determinar un índice o nivel general del problema, en base a la medida unificada de diversos parámetros relacionados con la conducta de consumo y sus consecuencias bio-psico-sociales. También para población adolescente se han desarrollado instrumentos que evalúan la severidad del consumo: EuroADAD (Friedman, 2001) y POSIT (Rahdert, 1991). Estos instrumentos de carácter general, facilitan la adaptación de la intervención terapéutica al nivel de severidad hallado y la monitorización de la evolución terapéutica (Tabla 0).

Está aceptado que la dependencia a las drogas es una enfermedad crónica en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales (American Society of Addiction Medicine, 1990), por lo tanto la intervención en la prevención o tratamiento del consumo de drogas, debe ser considerada una intervención en salud.

En la mayoría de países desarrollados, el tratamiento del consumo de drogas es una especialidad más del catálogo de prestaciones sanitarias del sistema público, y como tal se somete a evaluación y se le exige el cumplimiento de criterios de eficacia y eficiencia. Para ello se utiliza entre otras herramientas, los instrumentos de evaluación detallados en la Tabla 0. Sin embargo, en el ámbito de la prevención de las drogodependencias, aunque los programas y acciones son igualmente considerados intervenciones en salud, y por lo tanto los resultados pueden ser preventivos, ineficaces o incluso iatrogénicos, se tiene una actitud laxa y a menudo paternalista, amparada en la creencia de que lo que cuenta es la buena intención.

Tabla 0. Instrumentos para la Evaluación General de la Severidad del Consumo. Población General					
Acrónimo	Nombre	Año	Autor	Áreas de medida	Ítems
DAST	Drug Abuse Screening Test	1982	Skinner, H.	Problemas relacionados con el consumo de drogas	28-20-10
DUSI	Drug Use Screening Inventory	1991	Tarter R.E.	1.Problemas de conducta, 2.Trastornos de salud 3.Desórdenes afectivos y psicológicos, 4.Baja competencia social, 4.Disfuncionalidad familiar, 5.Baja adherencia escolar, 6.Inadecuado desempeño laboral, 7.Vinculación con pares desviados y consumidores de drogas, 8.Uso inadecuado del tiempo libre 9.Intensidad del consumo de alcohol o drogas 10. Abuso de sustancias. 11. Trastorno psiquiátrico	159
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	1993 2001	1a. Ed. Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant 2a Ed. Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro.	Consumo de alcohol Conducta de consumo Problemas relacionados	10
EuropASI	European Addiction Severity Index	1995	Kokkevi y Hartgers.	1. Salud física 2.Situación laboral 3.Uso de alcohol y drogas 4.Situación legal 5.Familia uso drogas 6.Relaciones familiares 7.Salud mental	141
MAP	Maudsley Addiction Profile	1998	Marsden, et al..	1.Abuso de sustancias 2. Riesgos de salud 3.Fisio-Psico behavior 4. Personal-Social	60
SDS	Severity of Dependence Scale	1998	Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall y Strang	Componentes psicológicos de la dependencia a diferentes sustancias de abuso.	5
CAST	Cannabis Abuse Screening test	2007	Legleye, Karila, Beck y Reynaud	Escala de cribado de consumo problemático de cannabis. Evalúa los últimos 12 meses	6
DUDIT	Drug Use Disorders Identification Test	2005	Berman, Bergman, Palmstierna, y Schlyter,	Indicadores psicosociales del consumo de drogas. Identificación de perfiles de consumo y criterios diagnósticos	11
LDQ	Leeds Dependence Questionnaire	1994	Raistrick, Bradshaw, Tober, et al	Naturaleza de la dependencia. Períodos de consumo y abstinencia. Nivel total de dependencia.	10
MATE	Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation	2010	Schippers, Broekman, Buchholz,, Koeter, y van den Brink.	Uso de sustancias. Patología psiquiátrica. Historial de tratamiento. Dependencia y abuso. Malestar físico. Personalidad. Actividad y participación. Factores contextuales. Craving, Depresión, ansiedad y estrés.	164

Tabla Instrumentos para la Evaluación General de la Severidad del Consumo. Adolescentes (Continuación)					
Acrónimo	Nombre	Año	Autor	Áreas de medida	Items
POSIT	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers	1991	Rahdert E.	1. Consumo de sustancias. 2. Salud física. 3. Salud mental. 4. Relaciones familiares. 5. Relaciones con compañeros. 6. Habilidades sociales. 7.Ocio.	93
ADIS	Adolescent Drug Involvement Scale	1982	Moberg, P.	Severidad del consumo	2
DAP	Drug en Alcohol Problem	1990	Schwartz, R.H., Wirtz, P.W.	Potential substance abuse	30
DAST-A	Drug Abuse Screening Test - Adolescents	2000	Martino et al.	Consumo de sustancias psicoactivas (Excluido el alcohol).	28
COTAM	Cuestionario de Consumo	1994	García-Rodríguez y López	Consumo de drogas Índice de sesgo en la respuesta	18
EuroADAD	Adolescent Drug Abuse Diagnosis	2002	Friedman , Terras, Öberg, et al	10 niveles de severidad 9 áreas evaluadas	150
CC	Cuestionario de Consumo	2001	Espada y Mendez	Consumo de drogas	14
CPQ-A	Cuestionario de Problemas relacionados con el Cannabis	2006	Martin, Copeland, Gilmour, Gates y Swift	Detección de problemas asociados al consumo: - Consecuencias Psicosociales - Consecuencias físicas - Efectos agudos	54

Nada más lejos de la verdad, los programas de prevención, al igual que los tratamientos psicológicos o bio-médicos, son intervenciones que pueden afectar positiva o negativamente a la salud de las personas, y por lo tanto su aplicación debería exigir los mismos requisitos metodológicos. Existe una amplia evidencia sobre programas de prevención que no son efectivos o lo que es peor, que han producido efectos contrarios a los esperados, incluso con programas que descansan en sólidas teorías. Por ejemplo, los programas estadounidenses National Youth Anti-Drug Media Campaign (1998-2004) y el Take Charge of Your Life, estaban basados en la teoría de la Influencia Social, que se había mostrado un componente fundamental en la intervenciones más efectivas (Tobler, 2000). Sin embargo, los resultados de las evaluaciones evidenciaron, respectivamente, que no era eficaz (Hornick, 2000, 2008) y un mayor consumo de tabaco, alcohol y bebida en forma de atracones (binge drinking) (Sloboda, 2009). Mayor repercusión tuvo el programa DARE (Drug Abuse Resistance Education) por ser uno de los programas de

prevención escolar más difundidos en Estados Unidos en la segunda mitad de los 80. Los resultados del metaanálisis efectuado con 8 rigurosos estudios de evaluación, mostraron que la capacidad preventiva de DARE era prácticamente nula (Ennett, Tobler, Ringwalt y Flewelling, 1994).

Ejemplos similares podemos encontrar en programas dirigidos a prevenir conductas violentas que provocan un aumento de las conductas ofensivas (Petrosino et al., 2003) o programas de prevención de la obesidad a través de la educación física que tras dos años de seguimiento no muestran diferencias significativas en el Índice de Masa Corporal (Sallis et al. 1993). En el ámbito de la educación sexual, el programa escolar Postponing Sexual Involvement fue ampliamente implantado en EEUU, y la evaluación realizada con una muestra aleatoria tomada en California demostró que el número de encuentros sexuales, promiscuidad, embarazos y enfermedades de transmisión sexual aumentaron (Kirby, 1997; Kirby et al. 1997).

Lo cierto, es que se dispone de un amplio grupo de escalas, cuestionarios y autoinformes capaces de evaluar de forma individualizada los factores de riesgo, es decir, las variables relacionadas con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, que en definitiva coinciden con los objetivos de los programas preventivos. Si bien, se echa en falta una escala general, como las escalas de gravedad de la adicción utilizadas en la clínica, que permita, de forma ágil y válida, conocer el nivel de riesgo de una persona, grupo o población. Ante la falta de un instrumento general, para medir el nivel de riesgo o evaluar una intervención preventiva se debe utilizar tantos cuestionarios como variables pretenda modificar la intervención, lo cual exige un conocimiento de los instrumentos disponibles, a la vez que una mayor dedicación y tiempo en la recogida de datos y corrección de los mismos. Todo esto se traduce en una exigencia de esfuerzo y conocimiento a quienes aplican los programas de prevención, quienes a menudo compaginan la prevención con otras actividades profesionales, y no disponen ni del tiempo ni de los conocimientos necesarios para administrar una batería de cuestionarios y escalas.

En el campo de la prevención se ha señalado la conveniencia de contar con estrategias de intervención adaptadas a la población a la que se dirijan, ya sea a la población general (prevención universal), a grupos caracterizados por la presencia de factores de riesgo (prevención selectiva) o a individuos que presentan un alto riesgo (prevención indicada) (Becoña, 2002; Gardner, Brounstein, Stone, 2001; García Rodríguez y López, 1998). En particular, para la aplicación de los programas de prevención selectiva se requiere identificar qué factores de riesgo están presentes en el grupo diana, sobre los cuales se intervendrá. La puesta en marcha de

mecanismos de detección precoz del riesgo de inicio de consumo, por ejemplo en las escuelas, sería una prometedora herramienta para identificar a aquellos jóvenes que presentan un mayor riesgo de consumir, y que por lo tanto requieren una mayor atención.

Como afirman Hawkins, Catalano y Arthur (2002) la prevención ha surgido como una disciplina basada en la investigación sobre el desarrollo evolutivo del individuo, la epidemiología a nivel comunitario y la eficacia sobre las intervenciones. La prevención se basa en la premisa de que existe evidencia empírica sobre la existencia de precursores (factores de riesgo) capaces de predecir la probabilidad de aparición de resultados indeseables para la salud. Además, la ciencia de la prevención mantiene que tales resultados negativos sobre la salud pueden ser reducidos o incluso evitados mediante el debilitamiento de los factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección que caracterizan a los individuos y a sus entornos sociales. Los resultados de investigación identifican un número de factores que aumentan la probabilidad de que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas, su identificación precoz permitirá actuar a tiempo.

Moncada (1997, 122) afirma que "...saber únicamente cuáles son los factores sobre los que de forma genérica habría que intervenir no soluciona el problema. Necesitamos disponer de instrumentos que nos faciliten el análisis y la evaluación de dichos factores; que nos permitan identificar comunidades e individuos de alto riesgo, y que nos orienten sobre las estrategias más adecuadas para conseguir nuestros objetivos."

Siete años más tarde, Laespada (2004, 119) vuelve a insistir sobre la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación de amplio espectro "Otra cuestión que ha dificultado el avance en el estudio sobre Factores de Riesgo y de Protección es la ausencia de instrumentos sencillos pero capaces de operar con el gran número de variables y factores propuestos en la literatura. Habría que dedicar un gran esfuerzo a crear un extenso cuestionario que permitiera apresar el gran número de factores de riesgo y protección que han demostrado su influencia sobre la conducta de consumo. Diseñado desde un modelo teórico y capaz de permitir validar las hipótesis y, en última instancia, permitir el establecimiento de leyes entre variables y conducta, es el paso necesario para poder elaborar una teoría sobre el inicio, uso y abuso de sustancias psicoactivas."

En respuesta a esta necesidad, el presente trabajo pretende construir y validar una escala de detección precoz de factores de riesgo del consumo de drogas. Un

instrumento de evaluación de sencillo manejo, que ofreciendo un índice general de riesgo, permitirá, por una parte, evaluar el nivel de riesgo de un grupo y poder adecuar las intervenciones preventivas, y por otra, servirá como instrumento para la evaluación de programas.







Extended Summary



A large amount of evaluation tools, scales and questionnaires to individually assess the different drug-abuse risk factors in teenagers is available. Nevertheless there is a lack of wide range assessment instruments capable to give a risk profile and a severity index. As happens in clinical practice, where some instruments offer a severity index that allows determining in a quick and efficient way the level of harm as a consequence of drug use. Well-known authors have insisted in the necessity of having wide-range evaluation tools capable to operate with several substance-abuse risk factors in order to determine the risk severity and profile of a given population or individual. Such a tool will be very helpful to tailor preventive interventions.

In response to this necessity, the general objective of this work is to construct and validate a detection scale of the level of risk of drug use for adolescents, wherein three areas or fields of evaluation are identified: macrosocial, microsocial, and individual. The specific objectives pursued in each of them are:

1. Identify the risk factors related to the onset and maintenance of drug use by review of the scientific literature.
2. Construct a scale for each field of detection of the presence of risk factors.
3. Validate the scales.

The first part of this research work, the theoretical, is devoted to conceptual aspects and compliance with the first objective. In it, the risk factors are identified by reviewing the main theories that explain the onset and maintenance of drug use, and the scientific evidence that supports them are examined in depth. As a result, 21 the factors that deserve to be taken into account in the construction of the scales are initially identified. These factors are distributed in the three main areas. In the first place macrosocial area, the results of the review point to the existence of four cultural and social factors related, to a greater or lesser extent, to the onset and maintenance of drug use: *Socioeconomic Status, Availability; Legislation* and *Perceived Norm*.

The second area explored is the microsocial environment. It refers to personal relationships and it was defined by the social contexts in which adolescents establish direct relationships with the individuals they know. These are their friends, school, and family. This microsocial area structure advised developing three independent dimensions, one for each relationship environment, which would allow tracing a sensible profile for the peculiar characteristics of personal relationships, and therefore, tailor the interventions to the needs of the recipients. *Friends* involves the characteristics and dynamics of the group of friends related to a higher probability of use resulted in two general factors: *Peer Pressure* and *Leisure*. Regarding the attitude and behavior towards the *School* environment, three factors were

established: *Attitude towards education; Professional Projection and Participation in school life.* Finally the *Family* characteristics were also explored, and five factors resulted: *Attitude of the parents towards drugs, Family climate, Household assessment, Parent Monitoring and control, and Educational Style.*

The third and last area was the individual. The literature searches in the research results and the theoretical reviews revealed seven individual factors associated with higher drug use in adolescence: *Low Assertiveness, High Impulsiveness, Sensation Seeking Personality, Scarce Social Skills, Low Self-esteem, Misinformation, and Scarce Perception of Risk.*

In the second part, the empirical, the design and validation process of the evaluation scales of the level of risk of drug abuse by adolescents is presented. The design process, described in Study 1, began with a literature review whose objective was to identify the psychosocial factors associated with drug abuse. Once the factors were defined, a bank of items was constructed for each one of them. Next, 10 judge-experts assessed the comprehension and relevance of 246 items that were proposed for the 21 factors. The assessment by the judge-experts allowed reducing the number of items by one-half. The tested scale was formed by, to 121 items, distributed in 21 factors

The last part of this work was the analysis of the psychometric properties of each scale. In first place item descriptive analysis was performed. Then the internal structure was calculated by factorial analysis. At this stage, the liability and the factorial structure was carried out. Finally a validation analysis is applied for each scale. As results of this analysis process, the number of factors was reduced to 16, which were distributed in 6 multifactorial dimensions and one unifactorial. The total number of measurements was 23.

The 7 scales developed in this work have shown good psychometric properties that guarantee their usefulness for discriminating between risk levels with alcohol, tobacco, and cannabis abuse. In addition to the use, the scale scores also differentiate groups classified in terms of other variables that are related with the risk of developing abusive consumption. These variables were “the proportion of using friends,” “the age at first use,” and “the onset age of regular use.” One result of this work was the acquisition of an instrument capable of evaluating the intensity and risk profile of drug use in adolescents, from which it can be stated that the proposed objectives have been achieved

In the last chapter (Chapter 8) the applicability of the results are discussed. Limitations of the study and future lines of research are reviewed.

I Parte.

Marco teórico





PARTE I. MARCO TEÓRICO.

Capítulo 1. CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES.

2. TEORÍAS.
3. FACTORES DE RIESGO.
 - 3.1.- Marco conceptual.
 - 3.2.- Factores Macro-Sociales.
 - 3.3.- Factores Micro-Sociales.
 - 3.3.1.- Escuela
 - 3.3.2.- Familia
 - 3.3.3.- Grupo de iguales.
 - 3.4. Factores Individuales



CAPÍTULO 1.

EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES.

En este primer capítulo se revisan los datos más recientes sobre el consumo de drogas por adolescentes escolarizados, tanto a nivel nacional, España, como europeo. Con el fin de obtener una visión comparada, dentro de los límites de comparabilidad de los estudios analizados, se contrastan los resultados de los principales indicadores de consumo de tabaco, alcohol y cannabis. El último apartado se dedica al consumo de drogas ilegales, que no se aborda de forma pormenorizada por resultar de menor incidencia en la población objeto del presente trabajo.

Las investigaciones epidemiológicas sobre el consumo de drogas presentan dos características que condicionan la información que aportan. La primera tiene que ver con los indicadores o las variables de medida, que pueden ser directas o indirectas. Los indicadores directos ofrecen información sobre el consumo (intensidad, frecuencia, tipo de droga...) sin necesidad de inferirla de otras variables asociadas (por ejemplo la demanda de tratamiento). Las encuestas constituyen el principal, y probablemente único, método directo para conocer el consumo de droga, ya que resultaría improbable obtener una medida por observación directa de la cantidad y tipo de droga consumida. Por la dificultad técnica y económica que supone, raramente se emplea algún método que evalúe respuestas fisiológicas, por ejemplo, la prueba del monóxido de carbono en el aire espirado para evaluar el consumo de tabaco en una población que participa en un programa preventivo. Al tratarse de un fenómeno socialmente rechazable, el uso de indicadores directos encierra una gran complejidad y no está exento de sesgos. En consecuencia, las encuestas son los principales instrumentos para conocer el consumo en poblaciones generales, los resultados deben ser asumidos con cautela ya que se ven afectados por variaciones en el procedimiento de administración (Bjarnason, 1995) y por sesgos psicológicos de los participantes como la motivación, la deseabilidad social o el cansancio.

Para complementar la información procedente de medidas directas, se utilizan los indicadores indirectos que contribuyen a la comprensión de la evolución del consumo de drogas (EMCDDA, 1999). La segunda característica se refiere a los instrumentos para recabar la información. En este sentido, predomina el uso de las técnicas de autoinforme, mediante cuestionarios o encuestas, o bien a través de entrevistas. Los informes epidemiológicos que permiten monitorizar la evolución del fenómeno, sobre todo en población general, utilizan estos tipos de medidas no exentas de sesgos que condicionan la interpretación posterior de la información. Hechas estas precisiones, a continuación se revisan los principales y más recientes estudios epidemiológicos sobre el consumo en población adolescente en España y en Europa.

En España, desde 1994 el Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) realiza de forma bianual la Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años (ESTUDES). La última encuesta publicada (OEDT, 2012) abarcó una muestra de 27.503 estudiantes distribuidos en 747 centros educativos de toda España. En Europa, en 1995 se realizó la primera encuesta ESPAD en 26 países, 15 años después se publica el informe de la quinta encuesta ESPAD que abarca 36 países (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi and Kraus, 2012). La Encuesta ESPAD está dirigida a estudiantes que cumplen 16 años en el año en que se desarrolla la encuesta. Cada país aporta una muestra de 2400 individuos. Ambas encuestas utilizan una metodología similar, tanto en el trabajo de campo como en la construcción del instrumento, aunque diferencias en la redacción de algunos ítems hacen que no todos los indicadores sean comparables. Dichas encuestas exploran la prevalencia de consumo de una amplia variedad de drogas, en la medida que el presente trabajo se centra en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en este capítulo se analizan los resultados relativos a estas tres sustancias.

1.1. CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es la droga más consumida por los estudiantes de secundaria, probablemente debido a la baja percepción del riesgo y a la mayor tolerancia social como consecuencia de una profunda y consolidada raigambre cultural. Su consumo se concentra en el fin de semana. La medida del consumo de esta sustancia reviste complejidad 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. Según ESPAD, 2011 en una amplia mayoría de países, la cerveza es la bebida preferida de los chicos, mientras que los combinados son más consumidos por las chicas.

1.1.a. Prevalencia

Según el Informe del OEDT (2012), el 77.7% de los jóvenes españoles de quince años había bebido alguna vez alcohol, el 75.3% lo había consumido en los últimos 12 meses y el 66.0% en los últimos 30 días. Los datos del Informe ESPAD 2011 indican, en general, porcentajes más elevados: 87% alguna vez en la vida, 79% durante los últimos 12 meses y 57% en los últimos 30 días. Las diferencias de género en las tres prevalencias son pequeñas, los chicos consumen ligeramente más en la media de países europeos. Esta diferencia se invierte en España, donde las chicas declaran un mayor, aunque pequeño, consumo de alcohol. Estas diferencias varían según el día de consumo, En el fin de semana, la prevalencia de consumo es ligeramente mayor en las chicas, en particular en el caso de los combinados y los licores de frutas. En cambio, durante los días laborables, la prevalencia de consumo es superior en los chicos, para todos los tipos de bebida considerados.

Con carácter general, el consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas es mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo). En España en el 2012, el 70.1% de los chicos y el 72,8% de las chicas de 14-18 años consumieron alcohol el viernes, sábado y/o domingo (en los últimos 30 días) frente al 35.3% (chicos) y el 25.6% (chicas) que consumió alcohol en días laborables de lunes a jueves (durante el mismo periodo).

Por grupos de bebidas, según la graduación, los combinados/cubatas, la cerveza y los licores son las bebidas más consumidas en España durante el fin de semana, el 58.0%, 37.5% y el 25.88%, respectivamente, lo han consumido alguna vez de viernes a domingo.

1.1.b. Embriaguez

La medida de la frecuencia e intensidad de las intoxicaciones etílicas reviste una gran dificultad, en tanto que la definición de borrachera implica una visión subjetiva impregnada en condicionantes culturales. Para algunos individuos o grupos un determinado número de bebidas puede ser considerado normal, y por lo tanto no excesivo y mucho menos emborracharse. Para reducir esta variabilidad semántica, las diferentes encuestas recurren a distintas preguntas. La cantidad consumida en el último día que bebió alcohol, el número de veces que tomó cinco bebidas alcohólicas o más en una misma ocasión en los últimos 30 días (binge drinking o atracón), el nivel de borrachera alcanzado la última vez que bebió alcohol, son algunos de los enunciados que pretenden conocer cuánto y con qué frecuencia se emborrachan los adolescentes.

Con el fin de aclarar que quiere decir emborracharse, la encuesta europea ofrece ejemplos de la sintomatología propia de una alta intoxicación etílica (tambalearse al caminar, no poder hablar con fluidez, pérdidas de memoria...). El 47% (chicos y chicas) se han emborrachado alguna vez en su vida, el 37% en los últimos 12 meses y el 17% (18% chicos y 15% chicas) lo hicieron en los últimos 30 días. Desde un planteamiento más cuantitativo, se pregunta por el número de veces que tomó cinco bebidas alcohólicas o más en una misma ocasión en los últimos 30 días. El indicador de “binge drinking” constata que el 39% (43% chicos y 38% chicas) habían bebido más de cinco unidades al menos una vez en los últimos 30 días, y el 14% reconoce haberlo hecho como mínimo tres veces. En general, los chicos superan a las chicas en casos de intoxicación.

En 2012, el 47.4% de los estudiantes españoles de 15 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida (42.6% chicos y 52.0% chicas), el 40.2% lo hizo en los últimos 12 meses (35.5% chicos y 44.6% chicas) y el 21.3% en los últimos 30 días (17.8% chicos y 24.6% chicas). Al desagregar por sexo y edad, se constata que las chicas muestran mayores prevalencias a los 14, 15 y 16 años y es sólo a los 17 y 18 años cuando se observan cifras de prevalencia algo mayor en los chicos. Desde una perspectiva temporal, es de resaltar el significativo aumento de la prevalencia de borracheras. En cuanto al binge drinking, el 30,4% de los estudiantes de 15 años reconoció haber consumido 5 ó más copas/vasos en un intervalo aproximado de dos horas durante los últimos 30 días..

1.1.c. Edad de inicio

En España, la serie cronológica confirma que la edad media de inicio (primer consumo) se mantiene constante durante la pasada década. La edad en que probaron por primera vez una bebida alcohólica es 13.9 años, tanto para chicos como para chicas. Un año después, a los 15.1 se establece la edad media de inicio del consumo semanal.

El informe ESPAD no ofrece la media de la edad de inicio, sino el porcentaje de jóvenes que tuvieron su primer consumo antes de los 13 años: 57% cualquier bebida alcohólica (62% chicos y 52% chicas), cerveza 44% , vino 38% y destilados 20%. La proporción de estudiantes europeos que se emborracharon por primera vez antes de los 13 años fue el 12% (15% chicos y 10% chicas). Esta diferencia en la presentación de resultados supone un obstáculo para la comparabilidad.

1.1.d. Conclusiones

- El patrón de consumo entre los escolares continúa siendo experimental u ocasional, vinculado principalmente a los contextos lúdicos.
- Edad de inicio. Los adolescentes españoles empiezan a beber a los 13,9 años, un año más tarde se inicia el consumo habitual. En Europa más de la mitad de los adolescentes, prueban por primera vez el alcohol antes de los 13 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.
- La mayoría de los adolescentes no consideran peligroso el consumo de alcohol.

Tabla 1.1. Consumo de ALCOHOL en las encuestas ESTUDES 2012 y ESPAD 2011

INDICADOR	ESTUDES	ESPAD (variabilidad entre países)
Alguna vez en la vida	14 años: 65.9%	--
	15 años: 77.7%	87%
	16 años: 86.2%	--
Últimos 12 meses	14 años: 63.1%	--
	15 años: 75.3%	79%
	16 años: 84.2%	--
Últimos 30 días (cualquier consumo)	14 años: 53.2%	--
	15 años: 66.0%	57% (17-70)
	16 años: 75.6%	--
Borrachera alguna vez en la vida	14 años: 31.5%	--
	15 años: 47.4%	47% (22- 66)
	16 años: 62.3%	--
Borrachera en los últimos 12 meses	14 años: 26.1%	--
	15 años: 40.2%	--
	16 años: 52.6%	--
Borrachera en los últimos 30 días	14 años: 12.7%	--
	15 años: 21.3%	--
	16 años: 30.9%	--
Binge drinking en últimos 30 días	14 años: 20.3%	--
	15 años: 30.4%	39%
	16 años: 42.6%	--
Nivel de borrachera la última vez (1= Nada -10= Completamente borracho)	----	3,1 (10- 43)
Edad del primer consumo	13,9 años	75% comienza ≤ 13 años.
Edad de inicio de consumo semanal	15.1 años	--

1.2. CONSUMO DE TABACO

1.2.a Prevalencia

El informe ESPAD 2011 concluye que el 55% de los adolescentes, de los 36 países europeos que participan en la encuesta, ha probado el tabaco al menos una vez en la vida. Más de la mitad de estos (el 51,85%) informan haber fumado en los últimos 30 días, es decir el 28% del total de la muestra.

En España, el indicador “alguna vez en la vida” revela que el 35.4% de los jóvenes de 15 años han probado el tabaco. Aunque la proporción de jóvenes que prueban el tabaco es notablemente inferior en España, la continuidad del consumo es muy superior. A la vista de estos datos podemos afirmar que existe una fuerte relación estadística entre “probar” (alguna vez en la vida) y el consumo habitual “últimos 30 días”. Estos datos permiten concluir que la continuidad en el uso de tabaco es alta, ya que uno de cada dos jóvenes que prueban el tabaco mantiene el consumo en los últimos 30 días.

Desde la perspectiva de género, las proporciones de chicos y chicas son muy similares. En España el consumo en los últimos 30 días es mayor en chicas (31.3%) que en chicos (28,1%). Como ocurre con las otras drogas, el consumo de tabaco aumenta significativamente con la edad para ambos sexos. En España, el 12,3% de los jóvenes de 14 años declara haber fumado en los últimos 30 días, y aumenta al 40,0% en los de 18 años.

A pesar de que el consumo diario de tabaco entre jóvenes de 14 a 18 años ha decrecido en las últimas dos décadas, si bien más recientemente parece haberse estabilizado en el 12% para chicos y el 13.1 para chicas. En los últimos años, a los esfuerzos en prevención universal se ha unido la puesta en marcha de una colección de políticas públicas dirigidas a reducir la accesibilidad al tabaco. Resulta plausible pensar que tales iniciativas de reducción de la oferta y la demanda puedan guardar relación con este descenso del consumo.

1.2.b. Edad de inicio

Al igual que ocurre con el alcohol, la edad del primer consumo es precoz (13.6 años de media) y su evolución en la última década muestra un gradual retraso. En cuanto a la edad de inicio del consumo diario se establece un año más tarde, a los 14.5 años. En este caso, la evolución histórica presenta estabilidad.

Un tercio de la muestra europea fumó por primera vez antes de cumplir 13 años. La proporción de jóvenes que comienzan a fumar tabaco diariamente a la edad de 13 años se establece en el 7%, pudiendo alcanzar en algunos países el 14%

1.2.c. Conclusiones

- No se aprecia un incremento en la prevalencia de consumo habitual, 30 últimos días, durante la última década.
- La continuidad en el uso de tabaco es alta o muy alta. Uno de cada dos jóvenes que han probado el tabaco, lo han consumido en los últimos 30 días.
- Las diferencias de género en España (chicos > chicas) están invertidas con respecto a la media europea (chicos<chicas), aunque en ambos estudios son pequeñas.
- En España, la edad de inicio se establece en los 13.6 años y se ha ido postergando durante la última década.

Tabla 1.2 Consumo de TABACO en las encuestas ESTUDES 2012 y ESPAD 2011

INDICADOR	ESTUDES	ESPAD (variabilidad entre países)
Alguna vez en la vida	14 años 27.1%	--
	15 años 35.4%	54%
	16 años 43.0%	--
Últimos 12 meses	14 años 20.6%	--
	15 años 28.6%	--
	16 años 34.7%	--
Últimos 30 días (ESTUDES 2010)	14 años: 18,2%	--
	15 años: 28.8%	28 % (10- 43)
	16 años: 34,1%	--
Edad del primer consumo	13.7 años	31% comienza ≤ 13 años.
Edad de inicio de consumo habitual	14.5años	7% comienza ≤ 13 años.

1.3. CONSUMO DE CANNABIS

1.3.a Prevalencia

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes, con bastante diferencia sobre las demás. En España, así como en otros países europeos y americanos, su uso se ha ido normalizando. La tendencia normalizadora responde a una multiplicidad de causas, sobre todo sociales, económicas y culturales de difícil ponderación. Destaca la baja percepción del riesgo y la creciente cultura pro-cannabis que alimenta, y a su vez es alimentada, los lucrativos intereses de una industria floreciente. Analizar las causas de la expansión del consumo de cannabis es, sin duda, una interesante cuestión que lamentablemente no corresponde abordar en este trabajo, que se limita a las causas generales del inicio y consumo de drogas, cannabis incluido, aunque sin tratar específicamente una sustancia.

En España el 22.9% de los estudiantes de secundaria de 15 años, lo han probado alguna vez en la vida (23.6% en chicos y 22.3% en chicas), un 18.9% lo han consumido en los últimos 12 meses (19.6% en chicos y 18.2% en chicas), y un 11.4% en los últimos 30 días (12.2% en chicos y 10.6% en chicas). El consumo está más extendido en los chicos en todos los indicadores temporales, sin bien esta diferencia no es tan acusada como en otras sustancias ilegales, aumenta al hacerlo la intensidad del consumo. La continuidad de consumo, porcentaje de jóvenes que han consumido en los últimos 30 días en relación a los que lo han probado alguna vez, es del 50%.

El porcentaje de consumidores diarios de cannabis (haber consumido 20 días o más en los últimos 30 días) en toda la muestra analizada (14-18 años) es del 2.7%, más del doble en los chicos (3.8%) que en las chicas (1.5%).

En el escenario europeo la variabilidad entre países es muy amplia. El estudio ESPAD 2011 estima la prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida en el 17% (19% en chicos y 14% en chicas). Tres cuartas partes (13%; 15% en chicos y 11% en chicas) informa haberlo consumido en los últimos 12 meses y algo menos de la mitad (7%; 8% en chicos y 5% en chicas) declara haberlo usado en los últimos 30 días. El porcentaje de consumidores diarios es del 1%, prácticamente todos chicos.

1.3.b. Edad de inicio

El cannabis es también la droga ilegal cuyo consumo se inicia a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo en los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias se sitúa en los 14.9 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 cuarto de los estudiantes de 18 años ha consumido cannabis los 30 días precedentes, y un 7.8% lo ha hecho más de 10 días en dicho período.

Estos datos adquieren mayor relevancia si se tiene en cuenta que el cannabis suele ser la sustancia que da acceso al consumo de otras sustancias 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 Accesibilidad a 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 partir de los 15 años y es a los 18 cuando se encuentra un mayor número de jóvenes consumidores habituales.

En cuanto la edad de inicio, la edad de inicio de consumo de cannabis se sitúa en torno a los 14.9 años. El inicio antes de los 15 años aumenta significativamente el riesgo de abuso, no sólo de marihuana sino también del resto de drogas (Ellickson, Tucker, Klein and Saner, 2004).

1.3.c. Conclusiones

- El consumo de cannabis aumenta con la edad, el principal crecimiento se registra de los 14 a los 16 años, cuando se triplica la prevalencia
- Los chicos consumen más que las chicas en todos los indicadores temporales.
- En España, el incremento de los porcentajes se da mayoritariamente a partir de los 15 años y es a los 18 cuando se encuentra un mayor número de jóvenes consumidores habituales.

Tabla 1.3 Consumo de CANNABIS en las encuestas ESTUDES 2012 y ESPAD 2011		
INDICADOR	ESTUDES	ESPAD (variabilidad entre países)
Alguna vez en la vida	14 años: 13.5%	--
	15 años: 22.9 %	17 % (4-42)
	16 años: 32.5 %	--
Últimos 12 meses	14 años: 10.5%	--
	15 años: 18.9%	13 % (3-35)
	16 años: 26.4%	--
Últimos 30 días	14 años: 5.6%	--
	15 años: 11.4%	7 % (1-24)
	16 años: 16.0%	--
Consumo diario	14 años: 0.3%	--
	15 años: 1.2%	1%
	16 años: 2.0%	--
Edad del primer consumo	14.9 años	3% comienza ≤ 13 años
Edad de inicio de consumo habitual	--	--

1.4. CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES

Si la prevalencia de consumo del resto de drogas ilegales (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína...) es mucho más minoritaria en población general, todavía lo es más en la población de adolescentes tempranos. En España, se sitúa entre el 1% y el 3,9% los estudiantes de secundaria que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días).

1.4.a Tranquilizantes e hipnótico sedantes

En primer lugar es preciso abordar el consumo de tranquilizantes, por ser la sustancia con mayores tasas de consumo. La proporción de estudiantes españoles de 15 años que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 15.8%, y la de los que los han tomado sin receta, con intención de colocarse, de un 6.9%. La media europea es notablemente más baja: 8% y 6%, respectivamente.

La encuesta española, además ofrece datos sobre el consumo en últimos 30 días sin receta que se sitúa en un 3.4% (chicos 2.6% y chicas 4.3%). Ambos estudios revisados constatan que las chicas hacen un mayor uso de tranquilizantes.

1.4.b Cocaína

Tras el cannabis y los hipno-sedantes sin receta, la cocaína en polvo (clorhidrato de cocina) es la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de secundaria El Observatorio Español (OEDT, 2012) informa que el 2.1% de los jóvenes de 15 años la consumió alguna vez en la vida; el 1.5% en el último año y el 0.9% en los 30 días anteriores a ser encuestados. El consumo es mayor en los chicos que en las chicas y para los tres indicadores temporales de consumo. El consumo de esta sustancia registró un fuerte incremento hasta mediados de la pasada década, para comenzar a decrecer. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 15.5 años (14,7 chicos y 15 chicas).

Los datos de población europea hacen referencia únicamente a jóvenes de 15 años, por lo que no son comparables a los españoles. El 3% de los chicos y el 2% de las chicas participantes en la ESPAD declaran haberla probado alguna vez en la vida.

1.4.c MDMA, éxtasis

El consumo de éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas se ha extendido sobre todo a partir de los años noventa. Según el Observatorio Español sobre Drogas (OEDT, 2012), 1.6% de los estudiantes de Secundaria de 15 años había probado esta sustancia alguna vez en la vida, un 1.0% lo había consumido en el último año, y un 0.6% en el último mes. Comparando el consumo de éxtasis durante los últimos treinta días desde 2000 hasta 2012 se ha observado una reducción de la tasa, que desciende del 2,8% al 1.2% en jóvenes de 14 a 18 años.

Calafat et al. (2000) encuentran en su investigación sobre consumo de drogas en la vida recreativa, que el 37,5 % de los sujetos había consumido éxtasis alguna vez. El consumo de éxtasis en España es muy parecido al del resto de Europa. En nuestro país aunque el porcentaje de personas que nunca lo han consumido es menor (65,6% en Europa y 60,8% en España), la prevalencia del indicador alguna vez en la vida es mayor (10% Europa y 15% España).

Como ocurre con el resto de las sustancias, se observa que el consumo de éxtasis aumenta con la edad, aunque los más jóvenes consumen con mayor frecuencia. Se advierte que los jóvenes que trabajan consumen más, siendo esta una característica común al consumo de otras drogas como el cannabis o la cocaína. Los adolescentes y jóvenes de estatus socioeconómicos más altos son quienes consumen de forma más frecuente (9,4%) y muy frecuente (3,8%), mientras que los pertenecientes a estratos más bajos consumen de forma más esporádica (19,6%). La edad media del primer consumo es de 15,2 años.

1.4.d. Anfetaminas

Bajo el nombre de anfetaminas se agrupan una gran variedad de sustancias estimulantes (ice, speed, centras...) derivadas de la anfetamina, y que en la calle adoptan la formas de tabletas, cápsulas y polvo, con texturas y colores diferentes. Resulta por lo tanto difícil conocer con seguridad que la sustancia declarada por el encuestado se ajusta a la definición de anfetamina, ya que son fácilmente confundibles con las metanfetaminas.

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 1.2% de los adolescentes españoles de 15 años, frente al 2,5% de los europeos. En los últimos 12 meses el 0.9% y el 0.6% consumió en los últimos 30 días, estos datos solo disponibles para la muestra española.

1.4.e Conclusiones

- Salvo en sustancias como los psicofármacos (tranquilizantes o sedantes) la prevalencia es generalmente más alta entre hombres que entre 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.

Tabla 1.4 . Consumo de OTRAS DROGAS ILEGALES. ESTUDES 2012 y ESPAD 2011

SUSTANCIA / INDICADOR	ESTUDES	ESPAD
Tranquilizantes sin receta / Alguna vez en la vida	15 años: 6.9%	15 años: 6%
Tranquilizantes / Edad de primer consumo	14.5 años	2% comienza ≤ 13 años
Cocaína / Alguna vez en la vida	15 años: 2.1%	15 años: 2.5%
Cocaína / Últimos 12 meses	15 años: 1.5%	--
Cocaína / Últimos 30 días	15 años: 0.9%	--
Anfetamina / Alguna vez en la vida	15 años: 1.2%	15 años: 2,5
Anfetamina / Últimos 12 meses	15 años: 0.9%	--
Anfetamina / Últimos 30 días	15 años: 0.6%	--
Anfetamina / Edad del primer consumo	15.2 años	1% comienza ≤ 13 años



PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

Capítulo 2. TEORÍAS.

3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro-Sociales.

3.3.- Factores Micro-Sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



Capítulo 2.

Teorías sobre el inicio del consumo de drogas.

No es objeto de la presente tesis la puesta en práctica de una teoría sobre el inicio del consumo de drogas, tampoco lo es la descripción pormenorizada de los modelos que explican el inicio y primeros consumos. Sin embargo, resulta necesario revisar, aun sucintamente, las principales teorías explicativas como marco de referencia en el que cobran sentido los factores de riesgo y sus relaciones. El presente capítulo comienza con una reflexión sobre la necesidad de un marco teórico, a continuación se describen los principales modelos en los que se enmarcan las teorías. Se revisan las teorías que explican el inicio y mantenimiento del consumo de drogas y se identifican los factores de riesgo que incluyen. Por último se comentan las principales revisiones teóricas. Todo ello, como se explica en la segunda parte de esta investigación, parte empírica, ha servido para identificar y fundamentar los factores de riesgo seleccionados para la construcción de la escala.

El diseño de programas de prevención se fundamenta, o al menos debería fundamentarse, en un marco conceptual más o menos rígido, implícito o explícito que oriente en la toma de decisiones y guíe las intervenciones. Una buena teoría orienta sobre lo correcto o incorrecto, identifica y clasifica los fenómenos, relaciona los problemas con sus causas y consecuencias y establece técnicas que pueden ser usadas en la solución de los problemas. Diseñadores de programas de prevención, clínicos, investigadores y demás profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y tratamiento de las drogodependencias suelen abordar su trabajo asumiendo un enfoque previo, un modelo, que les guía y les ayuda a explicar el porqué del inicio y mantenimiento en el consumo. Tales modelos teóricos permiten diseñar y dirigir sus intervenciones hacia unos objetivos concretos, y no intervenir en otros por considerarlos de menor interés etiológico.

Un modelo teórico es la consecuencia lógica de la observación de los hechos, que posibilita el diseño de relaciones conceptuales que permiten comprender y describir la realidad. Un modelo es un amplio marco de referencia en el que se encuadran las teorías. Mitchell y Jolley (1992) definen modelo como un grupo de teorías aplicadas a un área específica. Los modelos teóricos son limitados y aplicables a un área específica o a una situación más o menos concreta.

Tal y como explica Rudner (1966), una teoría es un conjunto de principios o conceptos sistemáticamente relacionados, que incluye algunas generalizaciones en la forma de leyes. Para definir, con la mayor exactitud posible, las relaciones que se establecen entre los conceptos, las teorías utilizan fórmulas matemáticas. Y para que una teoría tenga validez, sus principios y relaciones deben poder ser sometidos a contraste empírico.

Donaldson, Grahan y Hansen (1994) afirman que cuando se dispone de un programa basado en la teoría existen ventajas tanto para el propio programa como para su evaluación. Algunas de estas ventajas:

1. Ayudar a identificar las variables pertinentes y cómo, cuándo y quién debe evaluarlas,
2. Permite identificar y controlar las fuentes de varianza extraña,
3. Alerta al investigador sobre lo potencialmente importante o las interacciones intrusivas,
4. Ayuda a distinguir entre la validez de la implementación del programa y la validez de la teoría en la que se basa el programa,
5. Dicta el modelo estadístico adecuado para el análisis de datos y la validez de las asunciones requeridas en ese modelo,
6. Ayuda a desarrollar una base de conocimiento acumulativo sobre cómo y cuándo funciona el programa.

En definitiva, las teorías son los conocimientos de los hechos organizados entorno a las relaciones que mantienen entre ellos, con el fin de dar explicación al por qué de las cosas. Todo ello dirigido a un fin último: la mejor práctica posible. No hay nada más práctico que una buena teoría (Coie et al., 1993, pp.1020; Petraitis, Flay y Miller, 1995, pp.67). Para la práctica de la prevención, los modelos teóricos son herramientas indispensables, ya que guían el diseño de la intervención y la evaluación, señalando sobre qué variables se debe intervenir, y en consecuencia evaluar.

Teniendo en cuenta que el consumo de drogas es producto de la interacción de diversos factores de naturaleza biológica, psicológica y social, desde los años cincuenta han surgido una gran cantidad de teorías que pretenden explicar su etiología y desarrollo. La mayoría de estas teorías se pueden clasificar en unos cuantos modelos, que se caracterizan por centrarse en uno o varios aspectos parciales, y por lo tanto insuficientes para explicar el inicio y evolución del polidróico y dinámico fenómeno del consumo de drogas (Pons y Berjano, 1999). A continuación se describen los modelos que mayor investigación han originado: médico (biológico), genético, ético, psico-social, informativo-comunicativo y epidémico.

El modelo médico observa el problema desde una perspectiva biológica y considera al fármaco-dependiente como víctima de una enfermedad, y a la droga como un agente agresor de la salud pública. Bajo su influencia nació el modelo de enfermedad (Alcohol: Jellineck, 1960 ; Heroína: Dole y Nyswander, 1965), que propone la existencia de una predisposición genética que al concurrir con factores personales y sociales provocan susceptibilidad al consumo. Otro modelo de corte médico es el modelo de automedicación (Khantzian, 1985), que explica el abuso y la adicción como una reacción compensatoria ante un trastorno de personalidad previo que provoca la necesidad de consumir droga en un intento de aliviar el sufrimiento producido por la psicopatología. Según este modelo los consumidores seleccionan la sustancia en función de determinantes internos, concretamente la modulación de trastornos afectivos que el modelo presupone su existencia previa entre los consumidores. Estos trastornos se verían modulados a través de la automedicación o el consumo que llevaría a cabo el propio adicto. Un tercer modelo que explica el fenómeno desde un prisma biológico es el modelo de exposición (Wise y Bozarth, 1987). Este modelo plantea que la dependencia es la consecuencia de la capacidad reforzadora de las drogas sobre los centros cerebrales de recompensa.

Desde el enfoque biológico, en lo últimos años surge con fuerza el modelo genético. La hipótesis genética acumula un amplio soporte empírico, especialmente en el alcoholismo, aunque por el momento no se han podido identificar cuáles son los genes responsables de transmitir inequívocamente la vulnerabilidad. Los estudios con gemelos, la investigación en genética molecular y los estudios con animales knock-out concluyen que más del 40% de la variabilidad en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas puede ser explicado gracias a la presencia de desórdenes genéticos (Bilbao et al., 2008; Kendler, Karkowski, Neale y Prescott, 2000; Tsuang et al. 1996). Tales desórdenes han sido también hallados en sujetos que presentan diferentes trastornos de comportamiento, por lo que algunos autores recurren a la existencia de un síndrome de gratificación deficiente en el que está implicado el sistema dopaminérgico. El modelo explica que los sujetos que padecen esta vulnerabilidad endógena sienten la necesidad de recurrir a reforzadores externos para satisfacer la necesidad de plenitud y bienestar. Una vez obtenidos los reforzadores, ya sea en forma de ejecución de una conducta o consumo de una sustancia, los niveles de insatisfacción se ven reducidos y el sistema se equilibra. Transcurrido un tiempo, el refuerzo pierde su efecto y el ciclo se repite.

Otro punto de vista lo plantea el modelo ético jurídico que ofrece una explicación basada en la moral. El modelo descansa sobre la naturaleza altamente emocional y dramática del fenómeno y considera el consumo como el resultado de una actitud egoísta y de la falta de respeto al prójimo, por lo que el consumidor es etiquetado como vicioso y/o delincuente. Mino (2001) califica este modelo como estigmatizante,

basado en el principio de que sólo hay que usar la voluntad para abstenerse. El consumo se explica como una elección, y en consecuencia las principales intervenciones consistirán en medidas policiales y judiciales basadas en la punición.

Un cuarto modelo es el modelo psico-social que defiende el papel predominante del individuo frente a otros factores. Reconoce que las personas estamos inmersas en un marco social y valora la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. La conducta es el resultado de la interacción sujeto-ambiente, y la adicción es una forma más de comportamiento humano que se debe analizar según los principios que rigen toda conducta. Sobre las premisas de este modelo se fundamentan las estrategias terapéuticas cognitivo-comportamentales, las psicodinámicas y las sistémicas. Afín al modelo psico-social, surge el modelo informativo comunicativo, también conocido como modelo racional o informativo. Las intervenciones preventivas basadas en este modelo asumen que facilitar información centrada en las consecuencias negativas del consumo de drogas sería suficiente para convencer a los jóvenes de que la decisión correcta es no tomar drogas. El modelo informativo propone que la información sobre los efectos negativos favorece cambios actitudinales. En esta premisa se fundaron las primeras intervenciones preventivas, que utilizaron profusa y casi únicamente un mensaje centrado en resaltar unilateralmente las consecuencias negativas del consumo de sustancias a corto medio o largo plazo. En consecuencia, los mensajes que se ajustan a este modelo apelan al miedo, son directivos y a menudo moralistas. Los psicólogos sociales no tardaron en poner a prueba el modelo comunicativo. Se investigó sobre los procesos de cambio de actitudes a través de variables como la credibilidad del emisor, el uso del recurso al miedo o los contenidos unilaterales de los mensajes entre otras variables que maneja el modelo. La evaluación del impacto persuasivo de los mensajes sobre drogas y su capacidad para prevenir el consumo resultó ser limitada.

Peele (1985) desarrolló el modelo de adaptación que rechaza una perspectiva de enfermedad y enfatiza la individualidad frente a explicaciones sociológicas. El modelo explica la conducta adictiva como consecuencia de los trastornos genéticos, problemas ambientales (estrés ambiental) y dificultades en el proceso de maduración personal. La combinación de trastornos bio-psico-sociales pueden llegar a provocar un fracaso en los recursos personales para una adecuada adaptación personal y ambiental. El consumo de drogas surge como una adaptación sustitutiva que busca mitigar los dramáticos efectos psicológicos producidos por el fracaso adaptativo: pérdida de recursos sociales, depresión e ideas suicidas.

El modelo epidémico o de contagio se centra en las interacciones sociales para responder a porqué los jóvenes de un mismo entorno social o escuela comienzan a

utilizar las mismas sustancias, al tiempo que da una explicación a las diferencias en las tasas de consumo entre distintos centros educativos (Murray y Hannan, 1990). El modelo asume que las diferencias de consumo entre los centros educativos se debe a la variabilidad en las actitudes y normas sociales relacionadas con las drogas. El modelo epidémico sugiere que las relaciones personales promueven la expansión del consumo de drogas (Rowe y Rodgers, 1991), de manera que una vez que algunos estudiantes de un colegio comienzan a consumir drogas, rápidamente otros imitarán su comportamiento. Esta explicación también sirve para la transmisión de conductas saludables y hábitos preventivos. El modelo epidémico es consistente con las teorías del aprendizaje social que asumen que el modelado y refuerzo del grupo de iguales contribuye al inicio y mantenimiento de la conducta de consumo o de otras conductas problema (Akers et al. 1979; Bandura 1986; Jessor y Jessor, 1977). Diversas investigaciones han dado soporte al modelo epidémico, en ellas se muestra como los adolescentes desarrollan comportamientos y actitudes similares a sus colegas en referencia al consumo de drogas. (Huba y Bentler 1980; Kandel, Kessler y Margulies 1978). Este modelo, al igual que el resto de modelos descritos, se muestra insuficiente para explicar la variabilidad de consumo en las distintas escuelas y entornos sociales

Pomerleau y Pomerleau (1987) plantean un modelo ecléctico que integra las tesis biologicistas, psicológicas y sociales. Como explican Secades y Fernández-Hermida (2003), se trata de un modelo bio-psico-social en el que la vulnerabilidad o susceptibilidad al consumo de drogas alude a factores genéticos, biológicos, influencias socioculturales y la historia de aprendizaje. Este enfoque es el que goza de mayor reconocimiento por parte de la comunidad científica, y posibilita abordar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación desde un enfoque multidisciplinario.

Ante el vasto espectro teórico que aborda el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, diversos autores han revisado y organizado las teorías y modelos atendiendo a diferentes criterios clasificatorios. Entre ellos cabe resaltar los trabajos de Lettiere, Sayers y Pearson (1980), Petraitis, Flay y Miller (1995) y Becoña (1999).

Lettiere, Sayers y Pearson (1980) analizaron 43 enfoques teóricos y los organizaron en torno a tres criterios, obteniendo así sendas clasificaciones. Una primera asume como criterio la relación del individuo consigo mismo y con la sociedad. De esta forma, identifican teorías que se basan en las características individuales, en las influencias sociales y en las relaciones entre individuo y entorno social. La segunda clasificación divide las teorías en función de la disciplina de estudio: psiquiatría, psicología general, psicología del aprendizaje, psicología social, psicología del desarrollo, sociología, antropología, criminología, biología, genética, biomedicina, neurociencias y otros. Por último, se asume como criterio la etapa

evolutiva del consumo, por lo que las teorías quedan clasificadas en: inicio, mantenimiento, transición del uso al abuso, cese y recaída. Esta última clasificación, las categorías no son mutuamente excluyentes, ya que 39 de las 43 teorías revisadas abarcan en tres o más etapas.

Petraitis, Flay y Miller (1995) identificaron y revisaron 14 teorías sobre la etiología del inicio y mantenimiento del consumo de drogas, seleccionadas en base a su carácter comprensivo, multivariado y apoyo empírico.

**Tabla 2.1. Teorías explicativas de la experimentación con el uso de sustancias.
(Petraitis, Flay y Miller, 1995)**

Teorías Cognitivo-Afectivas

- Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
- Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988)

Teorías del Aprendizaje Social

- Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al., 1979)
- Teoría del Aprendizaje Social/Cognitiva Social (Bandura, 1986)

Teorías del Apego Social

- Teoría del Control Social (Elliot et al., 1985, 1989)
- Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)

Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial

- El Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
- Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)
- Modelo de varias etapas del Aprendizaje Social (Simona et al., 1988)
- Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)

Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales

- Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)
- Teoría del Cluster de Iguales (Oetting y Beauvais, 1986a, 1986b, 1987)
- Modelo de Vulnerabilidad de Sher (1991)
- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

En España, Becoña (1999) publica la monografía “Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas”, que actualiza la revisión de las teorías relevantes para explicar el consumo de drogas. Desde un diferente criterio de clasificación, la obra revisa 30 teorías y modelos que se dividen en 3 categorías: 1) teorías parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías de estadios y evolutivas y 3) teorías integrativas y comprensivas (Tabla 2.2).

Tabla 2.2. Clasificación de las teorías explicativas sobre el consumo de drogas.
Becoña (1999)

1.- Teorías parciales o basadas en pocos componentes

- Teorías biológicas
- Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia
- Teorías de aprendizaje
- Teorías actitud-conducta
- Teoría de la acción razonada
- Teoría de la conducta planificada
- Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
- Modelo de mejora de la estima de Kaplan (1986)
- Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)
- Modelo basado en la afectividad de Pandina et al. (1992)
- Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico
- Modelo social de Peele (1985)

2.- Teorías de estadios y evolutivas

- Modelo evolutivo de Kandel (1975)
- Modelo de etapas motivacionales de Werch y Diclemente (1994)
- Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998)
- Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)
- Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)
- Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)
- Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia Chatlos (1996)
- Teoría de la socialización primaria de Oetting et al. (1998)

3.- Teorías integrativas y comprensivas

- Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1969)
- Teoría Cognitiva Social de Bandura (1986)
- Modelo del Desarrollo Social de Catalano, Hawkins et al. (1996)
- Teoría interaccional de Thornberry (1987, 1996)
- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)
- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991)
- Modelos de estilos de vida y factores de riesgo de Calafat (1992)
- Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994)
- Modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991, 1992)
- Modelo comprensivo de Becoña (1999)

Más recientemente, David Foxcroft (2011) ofrece una novedosa clasificación al ordenar las teorías en torno a tres categorías que surgen desde la perspectiva de la prevención. En este sentido, Foxcroft aporta una visión práctica a la comprensión de las teorías, al agruparlas en:

Ambiental: incluye los modelos dinámicos y sistémicos que acentúan la influencia del entorno, como el Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990)

Desarrollo: abarca los procesos sociales de adquisición de conductas y actitudes. Entre ellos destaca la Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al, 1979; Bandura,

1986), la Teoría Integrada de Elliot (Elliot, Agenton y Canter, 1979), la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) y la Teoría del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1995).

Cognitiva: teorías que integran procesos cognitivos, de aprendizaje e intrapersonales. Modelo de Creencia de Salud, Enfoque de Procesos de Acción Social, Teoría de la Acción Planeada (Fishbein y Ajzen (1975), Ajzen y Fishbein, 1980) y de la Acción Razonada (Ajzen, 1985, 1988) y Modelo de Procesamiento Dual.

Esta diversidad de aproximaciones teóricas evidencia que las teorías explicativas de las fases de inicio, mantenimiento, abandono y recaída del consumo de drogas se encuentran en un estado preparadigmático (Mino, 2001). Es decir, que aunque existe un amplio acuerdo sobre la existencia de un número de factores que se encuentran en el origen de los primeros consumos, todavía no disponemos de un modelo comprensivo y global capaz de explicar cómo se relacionan los factores predisponentes, en qué medida unos influyen en otros, potenciándose o debilitándose.

Los factores de riesgo en la principales teorías.

A pesar de la profusión teórica, una gran parte de la investigación es ajena a los planteamientos teóricos, y explica la etiología y mantenimiento del consumo de drogas apelando a la presencia e intensidad de los factores asociados al mismo, sin plantear relaciones entre ellos. Este enfoque se limita a identificar la presencia de factores de riesgo entre aquellos jóvenes que declaran consumo, sin partir de un presupuesto teórico concreto. La mayoría son estudios transversales que buscan la asociación entre los factores y el consumo. Entre ellos, destacan los grandes estudios epidemiológicos que regularmente se desarrollan a nivel nacional (ESTUDES) y europeo (ESPAD). Los estudios longitudinales representan una minoría, por resultar metodológicamente más complejos y requerir de un mayor esfuerzo y compromiso.

En la Tabla 2.3 se combinan ambas aproximaciones, a saber: teorías frente a factores de riesgo aislados. Se revisan ocho teorías relevantes al enfoque del presente trabajo, que son aquellas que explican el inicio y las primeras fases del consumo, teniendo en cuenta los factores psico-sociales que intervienen en los procesos cognitivos y en los ámbitos sociales: familiar, escolar, grupo de pares y contexto social amplio.

Tabla 2.3. Presencia de factores en la teorías

	Acción Planeada	Influencia Social	Aprendizaje Social	Desarrollo Social	Modelo Evolutivo	Habilidades para la vida	Socialización Primaria
Macrosocial							
Bajo estatus socio-económico.				*			*
Accesibilidad							*
Legislación. Actitud	*			*			
Legislación. Desconocimiento	*			*			
Percepción normativa	*	*		*			*
Microsocial							
Escuela							
Actitud negativa				*			
Escaso interés profesional							
Baja o nula participación				*			
Familia							
Actitud parental	*	*	*	*	*		*
Clima familiar					*		*
Valoración negativa					*		*
Supervisión y control				*	*		
Estilo parental				*	*		
Grupo de iguales							
Presión de grupo	*	*	*	*	*		*
Ocio			*				*
Individual							
Baja asertividad				*		*	
Alta impulsividad				*			
Búsqueda de sensaciones							*
Pobres habilidades sociales			*	*		*	*
Baja autoestima			*				*
Desinformación	*	*	*				
Baja percepción del riesgo	*	*	*				

Fuente: Elaboración propia

Teoría Acción Planeada (Ajzen, 1985, 1988; Ajzen y Madden, 1986)

Influencia Social (Evans et al. 1978)

Aprendizaje Social (Bandura, 1986)

Desarrollo Social (Catalano, Kosterman, Hawkins, et al 1996; Hawkins y Weis,1995)

Modelo Evolutivo (Kandel y Andrews, 1987)

Habilidades para la vida (Botvin, 2001)

Socialización Primaria (Oetting, Donnermeyer, y Deffenbacher, 1998)



PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.
2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro-Sociales.

3.3.- Factores Micro-Sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.1 MARCO CONCEPTUAL

Los factores de riesgo del consumo de drogas presentan ciertas características que los definen y afectan a su capacidad predictiva. Estas características deben ser tenidas en cuenta a la hora de concluir los resultados de las investigaciones con el fin de establecer relaciones.

Por otra parte, el propio consumo resulta un concepto a delimitar. A primera vista, la definición de consumo podría parecer evidente, sin embargo la revisión de los estudios epidemiológicos nos demuestra que no es así. El uso de diferentes indicadores de frecuencia e intensidad dificulta, cuando no imposibilita, la comparabilidad de resultados y por ende la acumulación del conocimiento.

La variabilidad metodológica de las investigaciones sobre los factores de riesgo, afecta a la validez de los resultados, y debe ser considerada a la hora de concluir si se trata de un factor de riesgo, y por lo tanto predictor.

El presente capítulo está dedicado a revisar la definición de factor de riesgo, comentar sus principales características y discutir la metodología de las investigaciones.

3.1.a Definición de factor de riesgo

El concepto de factor de riesgo proviene de la epidemiología biomédica, y hace referencia a la frecuencia y distribución en la población de ciertos agentes causales relacionados con la aparición de una determinada patología. El enfoque del factor de riesgo fue adaptado hacia la identificación de aquellos factores bio-psico-sociales (Kumpfer, 1987), del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud. Años después Clayton (1992, pp.15-51) acuñó la ya clásica definición de factores de riesgo aplicada al inicio y mantenimiento del consumo de drogas: “Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso / abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación en las mismas”.

En general, las definiciones revisadas consideran a los factores de riesgo como variables que aparecen asociadas a una alta probabilidad de padecer un trastorno y que deben anteceder a este (Kraemer, Kazdin, Offord et al. 1997; Mrazek y Haggerty, 1994). Por lo tanto, el orden de aparición factor-trastorno es una condición crítica en la identificación del factor de riesgo. Por ello, las investigaciones deben asegurar que el factor de riesgo es una variable predictora, es decir que ocurre previamente a la aparición de la conducta de consumo, ya sea inicio, abuso o dependencia. De no ser así, es decir, si la medida del factor ocurre cuando la conducta a predecir ya está instalada, cabría hablar de variables correlacionadas, pero no predictoras. Sin embargo, la mayoría de la evidencia sobre factores de riesgo ha sido obtenida de investigaciones que utilizan diseños transversales, y que alcanzan a determinar la asociación entre el factor y la conducta de consumo, pero no la dirección de la influencia entre ambos (Donovan, 2004; Rhodes, 2003).

Otro aspecto a observar en la investigación de los factores de riesgo, véase predictores del consumo, es el tipo de población estudiada. Normalmente los estudios se han centrado en poblaciones locales obtenidas principalmente en centros educativos de secundaria y universidades. La accesibilidad a este tipo de población constituye un atractivo para los investigadores, que alcanzan amplias muestras con menor esfuerzo. Sin embargo, esta tendencia a reclutar muestra en centros educativos “normalizados”, ha limitado el estudio de los grupos vulnerables, cuyo acceso es más difícil (Lloyd, 1998). El nivel de intervención en población vulnerable es escaso (EMCDDA, 2003) y por consiguiente el nivel de evaluación también lo es, pese al potencial que estas intervenciones tienen para la generación de evidencias sólidas en la detección de factores de riesgo.

La investigación en grupos vulnerables constituye una prioridad en las estrategias y planes de acción que incardinan las acciones de reducción de la demanda. En España, el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 (DGPNsD, 2013) establece un eje de acción dirigido a la reducción de la demanda (eje 2) en el que se incluyen 2 objetivos con implicación directa en la detección precoz de población vulnerable. Para el objetivo general de disminuir el consumo de drogas legales e ilegales, se prevé la puesta en marcha de proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario, implementando protocolos para la detección precoz e intervención con menores vulnerables. Mientras que para el objetivo general de reducir los riesgos y daños asociados al consumo, se elaborarán instrumentos que permitan identificar las zonas geográficas más vulnerables frente al consumo de drogas y se contará con orientaciones para intervenir en las mismas, atendiendo a problemáticas específicas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

En Europa la Estrategia en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (Consejo de Europa, 2012) determina como prioridad en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas la elaboración de medidas eficaces para reducir y/o retrasar el inicio del consumo de droga, y que sean apropiadas a las necesidades de grupos, patrones y modalidades de consumo específicos, con atención especial a los grupos vulnerables y marginados

Otra población que ha sido objeto de abundantes estudios es la población clínica, formada por los abusadores y los adictos reclutados en los centros de tratamiento. Se trata de una población que, precisamente debido a su historia de consumo, ha adquirido unas peculiaridades que dificultan identificar las causas del inicio de consumo. Por consiguiente, no es el objetivo del presente trabajo centrado en el inicio y primeros consumos.

3.1.b Definición de consumo

El término consumo de droga abarca una amplia variedad de conductas y sustancias. Aunque por droga se entiende cualquier sustancia con efectos psicoactivos, las diferencias en la percepción social, el tratamiento legal, la capacidad adictiva, la toxicidad o la potencia psicoactiva, por citar algunas de sus características diferenciadoras, matizan el concepto y le otorgan cierta imprecisión. La definición de consumo de droga está inevitablemente asociada al tipo de droga consumida, y este a su vez a la percepción social del daño que la sustancia pueda provocar. Siguiendo este criterio de daño o peligrosidad, individual y social, en 1961 se acordó la clasificación internacional en la Convención Única de Naciones Unidas

sobre estupefacientes, y posteriormente la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. En estas convenciones internacionales por estupefaciente o sustancia psicotrópica, no se utiliza el término droga para evitar equívocos con su acepción anglófona que significa medicamento, se entiende cualquiera de las sustancias naturales o sintéticas incluida en las listas anexas a las convenciones. Y en consecuencia también quedó definido “consumo de droga”.

Han transcurrido 4 décadas, y el concepto de consumo de droga como sustancia psicoactiva y peligrosa ha evolucionado. Posteriores estudios avalados por una rigurosa metodología, sitúan al alcohol como primera sustancia en peligrosidad social y cuarta en peligrosidad individual, y el tabaco en 3ª y 7ª posición, respectivamente (Nutt, King, y Phillips, 2010). Cabe destacar que ni el alcohol o el etanol ni el tabaco son contempladas como droga en el Convenio de 1961 y posteriores del 1971 y 1988.

El cannabis merece una mención aparte. Fue clasificado en la lista 1, la que exige mayor fiscalización, y en la actualidad su estatus legal está siendo revisado en diversas naciones. En Estados Unidos ya son 19 los estados que han aprobado el uso terapéutico de la marihuana y en el año 2013, dos estados, Washington y Colorado, los que han despenalizado su uso recreativo. Reino Unido llegó a desclasificar el cannabis a la lista C, donde permaneció desde 2001 hasta 2009, año en que retornó a la lista B (Jason-Lloyd, 2009). Otro ejemplo de los cambios en el tratamiento legislativo del cannabis, es la aprobación por el parlamento de Uruguay del Proyecto de ley que regula consumo, la producción y la venta de marihuana (El País, 2013).

En consecuencia el consumo de drogas, entendido como el uso que implica un riesgo en la peligrosidad social e individual asociada es un fenómeno en evolución, y esto hace que algunas investigaciones asuman diferentes umbrales de frecuencia-dosis para definir abuso. En la medida que se relaja o se recrudescer el criterio de abuso, también varían los factores asociados.

En cuanto a los indicadores temporales podemos considerar consumo, y de hecho muchos estudios así lo hacen, el primer uso de una sustancia hasta el uso repetido o incluso la adicción. Esta laxitud en la definición del término consumo limita la acumulación de los resultados de investigación. Al revisar los estudios sobre los factores de riesgo del consumo de drogas, encontramos que la definición de consumo es cambiante y responde a los intereses de cada investigación, lo que obliga a extremar la cautela a la hora de comparar resultados. Esta indefinición introduce variabilidad en el concepto a medir y obstaculiza la comparabilidad de

resultados. Para paliar esta situación varias instituciones a nivel nacional (Plan Nacional sobre Drogas, 2012) europeo (Grupo Pompidou, 2012; Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2012; Consejo Europeo, 2001) y mundial (WHO, 2009) han propuesto una serie de indicadores con la intención de consensuar la forma de medir la frecuencia e intensidad de consumo y poder así realizar comparaciones entre países.

Medida del consumo.

A los efectos de esta investigación, teniendo en cuenta que el interés se centra en los primeros consumos en población adolescente escolarizada, se han tomado como referencia los siguientes indicadores temporales: “alguna vez en la vida”, “alguna vez en los últimos doce meses”, “alguna vez en los últimos treinta días”, tanto para alcohol, tabaco y marihuana, como para el resto de drogas ilegales. Todos ellos extraídos del cuestionario ESPAD, por ser el más utilizado en Europa. El primer informe ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) se publicó en el año 1995 fruto del trabajo conjunto del Consejo Sueco para la información sobre alcohol y otras drogas (CAN) y el Grupo Pompidou en el participaban 26 países. Ahora es un programa independiente al que se han adherido 51 estados y supone la principal fuente de información del consumo de drogas y tendencias en población juvenil europea. La sección segunda del instrumento utilizado (ver anexo) reproduce los ítems utilizados en la escala SEDDAR (Scale for Early Detection of Drug Abuse Risk). Los ítems de la encuesta ESPAD coinciden en buena medida con los de la encuesta española en estudiantes de secundaria (ESTUDES). Si bien, a pesar de los esfuerzos por converger ambas metodologías, todavía subsisten algunas diferencias que impiden la total comparabilidad de los datos españoles con los europeos (ver tablas 2, 3, 4 y 5). Por ejemplo, la Encuesta ESPAD limita la muestra estudiada a jóvenes escolarizados de 15 años de edad, mientras que la muestra de la encuesta ESTUDES está formada por jóvenes escolarizados de 14 a 18 años.

3.1.c Características de los factores de riesgo

La explicación del inicio y mantenimiento del consumo de drogas es un problema multifactorial que no responde a causas únicas (Durlak, 1998). En consecuencia, la aproximación al estudio etiológico requiere tener en cuenta un amplio espectro de variables predisponentes. Estas variables, los factores de riesgo, presentan una serie de características que condicionan la metodología de investigación y limitan el alcance de su capacidad explicativa. A continuación se describen las principales características de los factores de riesgo.

Manipulación y control

Una gran parte de los factores relacionados con el consumo de drogas son de carácter psico-social, porque se refieren al entorno social y a las características del propio individuo en la medida que afectan a su adaptación social. Su naturaleza social imposibilita el aislarlos y explicarlos individualmente, ya que sólo encuentran razón de ser, en su ambiente natural, es decir en sociedad. La mayoría de los estudios que analizan la relación entre factores de riesgo y consumo de drogas siguen dos metodologías que permiten la investigación en ambientes naturales: los estudios transversales analíticos y los estudios de cohortes. Por motivos de simplicidad metodológica, el primero de ellos es el más utilizado

Los estudios que analizan la asociación entre dos o más variables en un momento, por ejemplo la presencia de uno o varios factores de riesgo y el consumo de drogas, se denominan estudios transversales analíticos. Este tipo de estudios presenta una amenaza de especial relevancia: la ambigüedad temporal. Se refiere a la dificultad de establecer la secuencia temporal de las variables estudiadas. Al medirse todas las variables en un momento único, no puede deducirse que la variable identificada como factor de riesgo sea precedente al consumo. Con el uso de preguntas retrospectivas se intenta paliar esta deficiencia, pero no siempre es posible confiar en la fiabilidad de la información obtenida a través de este tipo de preguntas. A menudo las variables a estudiar distan mucho tiempo unas de otras, lo que debilita o incluso imposibilita el recuerdo. En el mejor de los casos, es decir cuando la persona recuerda, cabe sospechar que el recuerdo siempre es selectivo y por lo tanto permanece como una amenaza.

Para evitar el problema de la ambigüedad temporal se utilizan los estudios de cohortes, que constituyen el diseño más potente para hacer inferencias causales, ya que la secuencia de datos tiene la misma dirección que la cadena causal. Se conocen también como estudios longitudinales. Estos estudios conllevan el seguimiento de la muestra durante un tiempo suficiente para que los factores de riesgo detectados al inicio del estudio puedan provocar los resultados esperados, en nuestro caso los primeros consumos o aumento de la frecuencia e intensidad del consumo. Este tipo de estudio tiene un alto coste debido a la necesidad de contar con grandes muestras por la pérdida de tamaño muestral entre medidas y por el largo tiempo de seguimiento. (Delgado y Llorca, 2004; Lazcano-Ponce, Fernandez, Salazar-Martinez y Hernandez-Avila, 2000).

Por último, en referencia al número de variables que se pueden incluir en un único estudio, desde el punto de vista metodológico sería deseable el control de la

totalidad de factores que afectan a los resultados, sin embargo la gran cantidad de factores de riesgo que intervienen hacen que resulte imposible su completo control en un único estudio en entornos naturales.

Estas dificultades en la manipulación y/o control de las variables (factores de riesgo) matizan los resultados de las investigaciones y ralentizan el alcance de conclusiones sólidas.

Interacción.

Los factores de riesgo tienen un carácter dinámico e interactivo, que aporta una gran variabilidad a los resultados de investigación y dificulta llegar a conclusiones inequívocas sobre la potencia de cada factor en la explicación del inicio y mantenimiento del consumo. Los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo a menudo son inconsistentes o incluso contradictorios. Para entender tales desajustes, hay que apelar a la gran cantidad de factores que entran en escena y a las relaciones entre ellos. Como hemos descrito en el apartado 3, dedicado a los modelos teóricos, para el manejo de esta gran carga de factores se han desarrollado enfoques multifactoriales que tienen en cuenta el papel de las relaciones dinámicas. Sólo así es posible comprender cómo un determinado factor explica la varianza sólo si están presentes otros factores. La frecuencia e intensidad de un determinado factor de riesgo es alterada por la presencia de otro factor, y fruto de la interacción de ambos, su capacidad predictiva varía.

Las expectativas sobre las consecuencias perniciosas del consumo de drogas es un factor que modula la fuerza de otros factores de riesgo. Valores altos de búsqueda de sensaciones o impulsividad o bajos en asertividad, tienen una débil, o ninguna, relación con el consumo de drogas, si no van asociados a una actitud a favor del consumo y a una baja percepción del riesgo (Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Trudeau, Lillehoj, Spoth y Redmond, 2003). Otro ejemplo del rol modulador de la percepción del riesgo lo encontramos en la asertividad. Las investigaciones identifican que la asertividad actúa como factor de protección en presencia de una alta percepción del riesgo, mientras que la asertividad por sí sola no ejerce influencia sobre el consumo. Es por lo tanto el binomio asertividad - percepción del riesgo el que protege ante las oportunidades de consumo. Este binomio ha sido denominado "asertividad para mostrar rechazo" (refusal assertiveness) (Epstein, Bang, Botvin, 2007).

La autoestima ha sido postulada por varios autores como un importante factor de riesgo de carácter psicológico (ver apartado 4.4). Hoffman y Cerbone (2002)

hallaron, en una muestra de 800 jóvenes de 10 a 18 años, que el rol facilitador del consumo parental en el consumo de la prole se veía atenuado por un clima familiar positivo, y acentuado si el menor puntuaba alto en autoestima.

La “accesibilidad” y la “presión de grupo” son dos factores, conceptualmente diferenciados, que en la práctica presentan una correlación tan estrecha que resulta difícil entender el uno sin el otro. La presión de grupo se define como la influencia sobre una persona ejercida por individuos cercanos y de características similares para que adopten comportamientos del grupo entre los que puede incluirse el uso de drogas (Alonso et al., 2004, pp.142). El consumo por el propio grupo de amigos es la forma más habitual de presión de grupo. Que se explica mediante procesos de convergencia normativa. Al mismo tiempo, el consumo por algunos o muchos miembros del grupo de referencia significa que estos colegas tienen acceso a la sustancia, lo que facilita el acceso al resto de miembros.

Como se describe más adelante, los factores de riesgo pueden ser generales por aumentar la probabilidad de que ocurran varias conductas problema. La interacción entre factores se evidencia también en la multicausalidad de las diferentes conductas problema. En tanto que un factor de riesgo puede predecir, además del consumo, otra conducta desadaptada, y que esta a su vez se asocie a una mayor probabilidad de consumo de drogas, resulta complejo definir en qué medida dicho factor explica, directa e indirectamente, la conducta de consumo. Un ejemplo de causa común de varias conductas problemas es el conflicto familiar, que ha sido identificado como un predictor del fracaso escolar y del consumo de drogas (Sanz et al., 2004; Secades y Fernández-Hermida, 2003). A su vez se ha descrito al fracaso escolar como factor de riesgo del consumo de drogas. En definitiva, la presencia de conflicto familiar aumenta la probabilidad de fracaso escolar y de consumo, que a su vez se refuerzan recíprocamente.

Diversidad de enfoques teóricos y científicos.

La poliédrica realidad del fenómeno droga y la complejidad etiológica de su consumo requiere que su estudio sea abordado desde diversas disciplinas y perspectivas. El interés suscitado en áreas de estudio tan diferentes como la biología, la medicina, la psicología o la sociología entre otras, ha propiciado modelos teóricos parciales, y todavía no se dispone de una explicación integrada y coherente. En este contexto, desde las diferentes áreas de conocimiento se proponen explicaciones fragmentarias e incapaces, por si solas, de dar una explicación satisfactoria a por qué algunos jóvenes comienzan a consumir drogas y continúan, mientras otros las prueban y no siguen, o ni siquiera las prueban. Como

afirma Mino (2001) esta polifonía de discursos no es más que una manifestación de esta realidad.

El estado pre-paradigmático en el que nos encontramos, promueve líneas de investigación que discurren en paralelo. En función de la disciplina de estudio y del enfoque teórico, las investigaciones prestan mayor atención a unos factores: biológicos, genéticos, psicológicos, sociales o culturales, en detrimento de otros.

Generales – específicos

La mayoría de las diferentes conductas problemáticas o socialmente reprobables comparten una base etiológica común compuesta por un grupo de factores de riesgo. En este sentido, rasgos de la personalidad como la impulsividad o la búsqueda de sensaciones, características familiares como el estilo educativo, la violencia doméstica o la falta de comunicación, o ya a un nivel macrosocial, los valores culturales como el hedonismo y el excesivo materialismo, son algunos de los factores asociados a diversas conductas problemáticas como la violencia, el fracaso escolar, las relaciones sexuales de riesgo, la conducción temeraria, la conducta antisocial... etc. y el consumo de drogas. Durlak (1998) tras revisar 1200 programas de prevención de diferentes conductas de riesgo, identifica un grupo de factores comunes a conductas asociadas a problemas de salud física, los embarazos tempranos y el uso de drogas.

La base etiológica común explica en parte la alta comorbilidad entre conductas problemáticas o de riesgo. Otra hipótesis sobre la comorbilidad se basa en el efecto potenciador que supone para un trastorno de conducta, el padecer otro. Por ejemplo, la conducta antisocial se ha asociado con ausencia de miedo, búsqueda de sensaciones e impulsividad (Casullo y Castro, 2002; Herrero, Ordoñez, Salas y Colom, 2002; Raine, 2002), fracaso escolar (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz y Medina, 2003), ausencia de comunicación con los padres (Jiménez, Murgui y Estevez, 2007), déficit de empatía (Muñoz, Navas y Graña, 2005), falta de asertividad y autoconcepto negativo (Sprague y Walker, 2000), pandillas en el barrio (Mobilli y Rojas, 2006) y violencia escolar (Merrell, Buchanan y Tran, 2006), entre otros factores de riesgo.

Vemos otros ejemplos de factores de riesgo compartidos en el abuso o adicción a las nuevas tecnologías. Las personas con problemas o tendencias adictivas con anterioridad al uso de la tecnología serían especialmente propensas a desarrollar algún tipo de adicción con las tecnologías (Torres y Hermosilla, 2012). El abuso y adicción al móvil se ha relacionado con otras conductas de riesgo, como el acoso,

fumar tabaco y consumir cannabis y otras drogas y la adicción a internet (Pedrero, Rodríguez y Ruiz, 2012). Existe una proporción de la población adolescente, que los investigadores cifran entre el 2 y el 8%, que juegan en exceso e incluso buscan en el juego una huida de la realidad, más allá de la diversión y el entretenimiento (Wolfig, Thaleman y Grusser-Sinopoli, 2008; Gentile, 2009; Bathany, Muller, Benker y Wolfig, 2009; Rehbein, Kleimann y Mössle, 2010; Mentzoni et al. 2011). Estos jóvenes presentan trastornos de personalidad como depresión o baja autoestima, con una incidencia superior a la media. Van Rooij et al. (2011) encontraron diferencias significativas en la personalidad del grupo de jóvenes que jugaban más de 30 horas semanales comparados con el resto de compañeros. Los jugadores abusivos puntuaban más alto en los test de depresión, soledad y baja autoestima. En otra investigación, los jugadores abusivos, en este caso los que superan las 20 horas semanales tenían mayor probabilidad de sufrir trastornos del sueño, depresión, ansiedad y obsesiones (Wenzel et al., 2009). En el estudio de Mehroof y Griffiths (2010), los jugadores abusivos se caracterizaban por ser más neuróticos, buscadores de sensaciones, ansiosos y agresivos. La revisión bibliográfica realizada por Peukert, Sieslack, Barth y Batra (2010) concluye que entre los jugadores abusivos se dan ratios más elevados de ansiedad y depresión.

La familia es el principal agente socializador, al menos hasta la adolescencia, y como tal sus peculiaridades explican en gran medida la aparición de problemas de conducta de la prole. La violencia doméstica, el conflicto familiar la baja cohesión familiar, las deficiencias en comunicación familiar, el estilo educativo o la propia estructura familiar sirven de base a diferentes conductas desadaptadas como la violencia, el fracaso y el absentismo escolar, la delincuencia, el consumo de drogas y también el abuso de videojuegos (Cleaver, Nicholson, Tarr y Cleaver, 2007; Cleaver, Unell y Aldgate, 1999; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Maccoby, 1983; Scott, 2009).

Desde esta perspectiva se recomienda un abordaje holístico que guíe una intervención temprana dirigida a promover el desarrollo moral, emocional y social de los adolescentes, más que a reducir una conducta en concreto.

Por otra parte existen factores específicos para cada conducta problema. En el caso del consumo de drogas, los modelos familiares de consumo, la presión de grupo o la accesibilidad a las sustancias, entre otros, se consideran factores específicos.

Otros autores han propuesto la definición de distal-proximal (Petraitis, Flay, Miller, Torpy, y Greiner, 1998; Wills, Pierce, y Evans, 1996) para explicar la

distancia temporal entre el factor y la conducta. Los factores distales son aquellos que ocurren en un momento temprano en la cadena causal que conduce al consumo. Por ejemplo, las condicionantes familiares como el estilo educativo, la estructura y el estatus familiar o las relaciones paterno/materno filiales, ocurren desde la infancia, sin embargo el consumo puede no aparecer hasta el final de la adolescencia.

Los factores proximales ejercen su influencia en un corto espacio de tiempo previo al consumo. Entre ellos podemos citar la accesibilidad (Hughes et. al. 2010; Manning, Best, Rawaf, Rowley, Floyd y Strang, 2001), los modelos de consumo familiares (Engels, Vitaro, Blokland, de Kemp y Scholte, 2004; Duncan et al. 1995; Kandel y Wu, 1995; Jiménez y Revuelta, 1991; Secades y Fernández, 2003; Taylor, Conard, Koetting O'Byrne, Haddock y Poston, 2004), factores cognitivos como la percepción del riesgo (Johnston y cols., 1989 Hibell et al. 2012; Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Trudeau, Lillehoj, Spoth y Redmond, 2003; Observatorio Español sobre Drogas, 2013) y la presión del grupo de iguales, identificado por muchos autores como la principal variable predictora (Bricker, Rajan, Zalewski, Andersen, Ramey y Peterson, 2009; Díaz Negrete y García-Aurrecoechea, 2008; Epstein, Bang y Botvin, 2007; Espejo Tort, Cortés Tomás, Giménez Costa, Martín del Río y Gómez Iñíguex, 2012; Swadi, 1992).

No determinismo. Carácter probabilístico.

Los resultados de la investigación sobre los factores de riesgo permiten concluir que existe una correlación entre estos y el uso de drogas. A pesar de que algunos de ellos muestran una elevada y consistente asociación con el consumo, no se ha podido demostrar la potencial causalidad de estos factores (Martinez, 2006; Moncada, 1997).

La exposición a varios factores de riesgo tiene efectos acumulativos, de forma que la probabilidad de que se dé la conducta de consumo aumenta con el número de factores que entran en juego (Coie et al., 1993; Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986). Rutter (1980) sostiene que el aumento de factores de riesgo produce un incremento exponencial en la probabilidad de que se dé consumo. Otros autores convergen en este argumento y concluyen que el número de factores tiene mayor potencia predictiva que la naturaleza de los mismos (Bry, McKeon, and Pandina 1982; Newcomb, 1986, 1995; Pollard, Hawkins, and Arthur 1999; Rutter 1979; Sameroff et al. 1998). De ser así, la probabilidad de consumir drogas será el resultado del número de factores presentes, y no tanto una determinada combinación de ellos. En otras palabras, no existe un único razonamiento capaz de

explicar los diferentes tipos de consumo/abuso de drogas, lo que invalida una integración conceptual parsimoniosa.

Sensibilidad al tipo y fase de consumo.

Es frecuente asumir que una variable que explica el inicio del consumo de drogas legales como tabaco o alcohol, ejerce la misma influencia en el resto de drogas ilegales (Donovan, 2004). Otra variable a tener en cuenta es el grado de experimentación. La falta de consideración de la etapa de consumo puede llevar a error en la identificación de los factores de riesgo que influyen en el consumo (Donovan, 2004; Moncada, 1997). La presencia de los factores y su capacidad predictiva varía en función del nivel de experimentación. En este sentido, los factores que predicen el primer consumo no son los mismos, o al menos no actúan de la misma manera, que los que influyen en tránsitos a consumos habituales. La evidencia nos muestra que ciertos factores presentes en los primeros consumos como la falta de información o la curiosidad no ejercen la misma influencia en consumos más habituales.

3.1.d. Clasificación de los factores de riesgo.

Son varios los autores que han revisado y clasificado los factores de riesgo (Berjano y Musitu, 1987; Catalano y Miller, 1992; Donovan, 2004; Rhodes, 2003). Como resultado de las diferentes revisiones se han propuesto clasificaciones que agrupan a los factores en categorías, no siempre coincidentes, de manera que no se puede hablar de un consenso formal sobre cómo organizarlos.

Berjano y Musitu (1987), partiendo de un enfoque psico-social del problema, proponen la existencia de cuatro tipos diferentes de factores explicativos del consumo de drogas en adolescentes: 1) Disponibilidad del producto y factores yatrogénicos; 2) Factores individuales; 3) Factores relacionales: familia, escuela y grupo de iguales; 4) Factores socioambientales y socioeconómicos. Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) clasifican los factores en macrosociales (Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, Institucionalización y aprobación social de las drogas legales, Publicidad y Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio) microsociales (Estilos educativos inadecuados, Falta de comunicación y clima familiar conflictivo, Consumo familiar de alcohol, Influencia del grupo de amigos) y Factores personales (Desinformación y prejuicios, Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis, Déficits y problemas del adolescente). Donovan (2004) revisa estudios longitudinales para identificar los factores psicosociales implicados en el inicio del consumo de alcohol y establece las

siguientes categorías: sociodemográficos, familiares, grupo de pares, personalidad y conductuales.

Aunque los diferentes autores muestran una gran variabilidad a la hora de clasificar los factores de riesgo del consumo de drogas, son notables los aspectos que comparten y la mayoría coincide en ordenarlos en torno a la figura del individuo, que se sitúa en el centro de la clasificación (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Hawkins, Catalano y Miler, 1992; Moncada 1997; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000; Rhodes, et al., 2003). Así dispuestos, los factores se agruparían en áreas concéntricas, que parten de las características personales (biológicas, genéticas y de personalidad) hacia entornos sociales con los que se relaciona de mayor a menor proximidad.

A la vista de las clasificaciones, se deduce que existe un importante grado de convergencia a la hora de clasificarlos bajo el criterio del grado de proximidad del factor con el individuo. Parece por tanto conveniente, organizar los factores en torno a tres grandes categorías, a saber: macrosociales, microsociales e individuales. Desde esta perspectiva los factores se agrupan en tres grandes dimensiones concéntricas que giran alrededor de la persona, sobre la que ejercen su influencia (Figura 3.1).

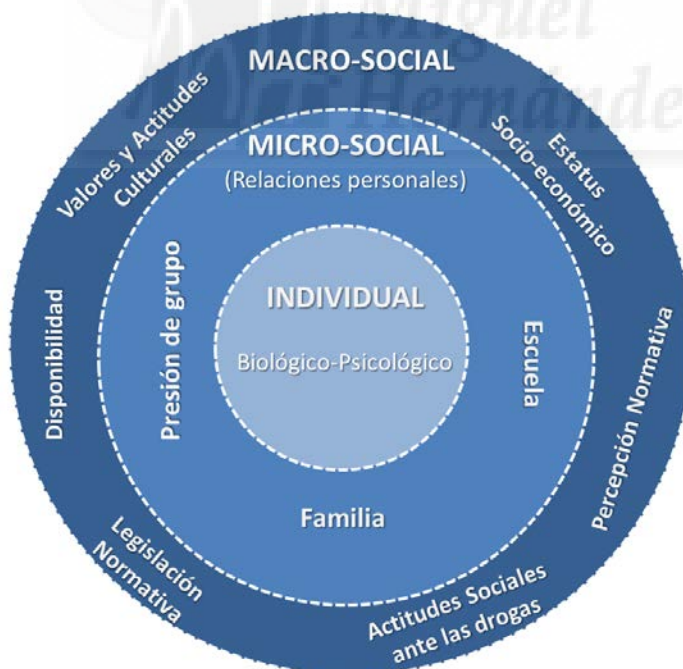


Figura 3.1.

La dimensión macrosocial incorpora los factores comunitarios, las características socioeconómicas de la comunidad de pertenencia. En ella se incluyen aspectos estructurales y culturales, tales como: desorganización comunitaria, cultura pro consumo, normativas de la sociedad de pertenencia, nivel socio-económico del barrio, las posibilidades socio-laborales... son aspectos que se interpretan ajenos al control del individuo, impuestos por el azar de la vida. Sin embargo, en la investigación psicosocial se atiende, no tanto a la realidad objetiva ajena a la persona, sino a la percepción que el individuo construye de dicha realidad.

La dimensión microsocia que hace referencia a las áreas de relación interpersonal que frecuenta el individuo. Se compone a su vez de subcategorías que identifican los entornos sociales más inmediatos y que constituyen los grupos de relación más íntima. Entre ellas sobresale la familia como agente de socialización primario, en el que la relación alcanza su mayor intensidad hasta la adolescencia. La escuela y el grupo de amigos son dos áreas de especial relevancia en la dimensión microsocia, con una influencia creciente a medida que el individuo crece.

La dimensión personal que incluye los factores que recaen en el individuo: los de origen genético (género, etnia, genotipo relacionado con el consumo), biológico (capacidad metabólica, nivel de aurosal) y psicológico (rasgos de personalidad asociados al consumo, capacidades y aptitudes psicosociales, actitudes hacia las drogas y su consumo).

PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro-Sociales.

3.3.- Factores Micro-Sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.2.- FACTORES MACRO-SOCIALES

El estudio de la conducta individual no puede obviar el contexto social y cultural en la que se desarrolla. Toda conducta se enmarca en un entorno normativo que determina qué comportamientos son socialmente admitidos, y que por tanto promueve ciertas conductas e inhibe otras. Desde una perspectiva cultural, las actitudes y comportamientos individuales se explican en tanto que se adaptan al entorno dominante. Existe un creciente interés en conocer cómo afectan las condiciones socioculturales al inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

Este capítulo trata de las características socio-culturales que, desde una perspectiva amplia, proporcionan un marco de referencia y moldean actitudes y conductas de consumo. En este sentido, se definen y revisan cinco variables que han inspirado a teóricos e investigadores: el status socioeconómico, la organización comunitaria, la accesibilidad, la normativa y la percepción normativa.

La consideración actual del consumo de drogas como un problema de salud pública se inicia en la década de los sesenta. Ya entonces relevantes autores vincularon el consumo a las condiciones socioeconómicas y valores generados por el sistema. Fromm (1968, p.58) consideraba que “En esta nueva sociedad de la segunda revolución industrial, el individuo desaparece. Queda completamente enajenado. Está programado por los principios de la máxima producción, el máximo consumo y el mínimo roce. Y trata de aliviar su aburrimiento con toda clase de consumo, comprendido el consumo de sexualidad y estupefacientes”. Usó (1996, p. 350) en su libro drogas y cultura de masas coincide en que el consumo de cocaína está asociado a los nuevos valores de la cultura de consumo: “La cocaína en España acompañó a la consolidación de unos hábitos consumistas, la pujanza del ocio nocturno, la aparición de nuevas modas y la implantación de una moral basada en el éxito y triunfo social”.

Estas características socioculturales que correlacionan de forma reiterada con un mayor consumo de drogas han venido a denominarse factores macrosociales de

riesgo. Frente a otros factores individuales, familiares, escolares o del grupo de pares, los factores de riesgo macrosociales cuentan con un menor respaldo de evidencia. Debido a su carácter a menudo generalista y a la dificultad de control metodológico, han sido menos investigados (Calafat y Juan, 2003; Pons y Berjano, 1999). Como sostiene Orte (1993) los factores macrosociales aportan datos muy generales que posibilitan a grandes rasgos, la conceptualización del problema del consumo de drogas y permiten conocer tendencias.

La investigación de los factores macrosociales ha prestado mayor interés a la influencia del bajo nivel socioeconómico, a saber: desocupación, marginación, pobreza y menor acceso a los recursos. Sin embargo, otras características culturales como el hedonismo, el materialismo o el individualismo han sido abordados por diversos autores como valores asociados al consumo de drogas (Saiz, 2005; Comas, 2001). Además, el consumo de drogas recreativas también mantiene una estrecha relación con la cultura de ocio nocturno de fin de semana y la industria recreativa basada en la música, el baile y el consumo de alcohol y de drogas recreativas. Para algunos, la influencia socio-cultural constituye uno de los elementos más importantes de todo el proceso explicativo del inicio y mantenimiento del consumo de drogas (Becoña, 1999).

En este apartado se revisan los principales factores de riesgo de índole macrosocial, como son el status socio-económico, la organización comunitaria, la accesibilidad, la legislación y la percepción normativa. Todos ellos desde una perspectiva psico-social en la que prevalece la percepción individual de cada uno de estos factores, frente a su realidad objetiva.

3.2.a.- Estatus socio-económico.

El estatus socioeconómico de una comunidad, un barrio o una localidad, se representa con un índice general que tiene en cuenta indicadores de la renta de sus habitantes, el patrimonio, el nivel educativo y actividad de la población. El posicionamiento de una comunidad en el gradiente socioeconómico informa sobre la probabilidad que tienen sus habitantes de alcanzar los recursos necesarios para un correcto desarrollo: educación, servicios de salud, recursos de ocio y desarrollo profesional. En consecuencia, un bajo status socioeconómico está relacionado con mayor tasa de desocupación, tasas de fracaso escolar superiores a la media, menor acceso a los recursos sanitarios y sociales y como resultado, una percepción de exclusión social que produce una percepción de agravio.

Las clases sociales más desfavorecidas se encuentran en inferioridad en acceso a los recursos, lo que genera un alto nivel de frustración, malestar psicológico y tensión social, también entre los adolescentes. Esta tensión social y psicológica, provocada por las diferencias entre clases, predispone a la búsqueda de “escapes” rápidos y accesibles, que permiten aliviar la tensión, sin atender a sus causas. Como afirma Moncada (1994), son zonas de alto riesgo, y por lo tanto de actuación preferente, aquellas en las que la comunidad aparece desorganizada, aquellas en las que existen pocos recursos sociales, o bien estos son poco utilizados, así como aquellas en las que los lazos comunitarios son escasos o débiles.

Son abundantes los estudios que concluyen que los jóvenes de clase social y económica más desfavorecida cuentan con una mayor tasa de conductas delictivas (Lowry, Khan, Collins y Kolbe, 1996; Navarro, 2000; Smart, Adlaf y Walsh, 1994) y presentan mayores conductas de riesgo para su salud (Álvaro, Torregrosa, y Garrido, 1992; Hanson y Chen, 2007).

Existe evidencia que asocia la baja renta familiar con un mayor consumo de alcohol entre adolescentes (Goodman y Huang, 2002; Richter, Vereecken, Boyce, Maes, Gabhainn y Currie, 2009). Otros estudios concluyen que un estatus socioeconómico bajo está relacionado con un mayor consumo problemático de alcohol de los adolescentes (Isohanni, Oja, Moilanen y Koiranen, 1994; Lowry, Kann, Collins y Kolbe, 1996).

En esta línea, recientemente Caria, Faggiano, Bellocco y Galanti (2011) estudiaron como afecta el entorno social a los resultados de un programa de prevención escolar del uso de alcohol implementado en una muestra de 5541 estudiantes de 12-14 años distribuidos en 9 ciudades europeas. Los participantes se clasificaron en bajo, medio y alto nivel socioeconómico en función de la localización de la escuela. Los autores encontraron que los estudiantes de bajo nivel socioeconómico declaraban mayor intención de beber y tenían una mayor tasa de recientes episodios de borrachera.

Otros estudios epidemiológicos ofrecen consistentes resultados que apoyan la mayor presencia de consumo de drogas en comunidades con mayor grado de privación social y económica (Hanson y Chen, 2007; Lemstra, Bennett, Neudorf, Kunst, Nannapaneni, Warren, Kershaw y Scott, 2008). Además, estas comunidades sufren un menor nivel académico, un mayor riesgo de conductas delictivas, violencia y demás conductas desadaptadas (Smart, Adlaf y Walsh, 1994; Hawkins, Catalano y Arthur, 2002).

Por el contrario, no faltan estudios que han comprobado que la disponibilidad económica correlaciona con un mayor consumo. Un reciente estudio (Megan, Patrick, Wightman, Schoeni y Schulenberg, 2012) examina la relación entre tres indicadores del status socioeconómico familiar (ingresos, patrimonio y educación de los padres) durante la infancia con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en la adultez temprana (18-23 años). La muestra (n=1203) se obtuvo de una encuesta nacional estadounidense Panel Study of Income Dynamics. Los resultados indican que la pertenencia a familias de alto estatus aumenta la probabilidad de consumo de alcohol y marihuana. La relación entre estatus y consumo de tabaco estaba mediada por variables sociodemográficas y de relación.

En nuestro país Pons y Berjano (1999) y Lloret, Segura y Carratalá (2009) también encuentran que la disponibilidad económica se asocia a un mayor consumo. Una posible explicación pasa por precisar el tipo de consumidor de la droga o motivos por los cuales se consume la sustancia. Ambos estudios, analizan la conducta de adolescentes escolarizados con un consumo recreativo, de “fin de semana”, que concibe las drogas como un medio más de ocio. En estos estudios el factor socioeconómico se refiere a la capacidad adquisitiva del menor, es decir el dinero disponible a la semana, pero no al nivel socioeconómico de la familia o del barrio. Por lo que los resultados no son comparables.

Unido al efecto directo de la escasez de recursos, cabe reflexionar sobre el impacto indirecto de la precariedad social en tanto que es percibida y valorada por los individuos. Jeffery et al. (2002) sostienen que existe una alta correlación entre vulnerabilidad social, incluido el desempleo, y la criminalidad y el consumo de drogas. Kenneth (1996, p.41) expone esta misma idea en su libro “Una sociedad mejor” de la siguiente manera: “Mientras hay oportunidades también hay tranquilidad social; el estancamiento económico y la privación conllevan consecuencias sociales extensas y negativas. Cuando hay gente desempleada, económicamente desposeída y sin esperanzas, el recurso más accesible es escapar de la amarga realidad mediante las drogas y la violencia”.

El subdesarrollo provoca tensión en la medida que es percibido como un agravio social. La falta de acceso a los recursos se traduce como una dificultad real de alcanzar unos derechos sociales considerados legítimos, a saber: derecho a una vivienda, a un trabajo profesionalmente gratificante y suficientemente remunerado que permita mantener una familia y disfrutar del tiempo libre, derecho a disfrutar un nivel de vida acorde a la media percibida. Esta comparación social, en la que el comparado se sitúa en la peor posición, frente a un modelo de sociedad opulenta y que hace gala de ello, supone una fuente de malestar y tensión.

Por último, conviene siempre recordar que los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que aparezca un consumo de drogas, pero no son deterministas, y que afortunadamente la mayor parte de la población que vive en condiciones de privación social y económica no presenta problemas con las drogas. Muestra de ello son los resultados aparentemente contradictorios de algunas investigaciones como la de Beckett et al. (2004) que concluye que el nivel de privación material, medido con la escala de Townsend en una muestra de 103 jóvenes británicos, no mantiene relación con el uso problemático de droga. Los individuos que crecen en entornos hostiles, revisten especial interés para el estudio de la resiliencia (Garmezy, 1985; Landau, 2010).

3.2.b.- La desorganización comunitaria

Sampson y Groves (1989) definen desorganización social como la incapacidad de una comunidad para alcanzar los valores comunes de sus miembros y mantener un control social efectivo. La falta o insuficiencia de estructuras de organización social, es considerada por los expertos como un obstáculo para la creación de lazos sociales y procesos de socialización efectivos. Desde esta perspectiva, algunos programas de intervención comunitaria se plantean la creación de redes de apoyo o de unidades de atención y asesoramiento como objetivos instrumentales necesarios para mejorar la organización de la comunidad. No es sencillo discernir la influencia de este factor frente al anterior, “privación socioeconómica”, ya que es frecuente que las comunidades más marginales cuenten con menos estructuras capaces de aprovechar los recursos disponibles para hacer frente a los problemas que toda sociedad presenta.

La falta de cohesión grupal y la ausencia de recursos e iniciativas dirigidas a gestionar con eficacia el potencial comunitario y a dar solución a las necesidades básicas de la sociedad, se asocia a un mayor riesgo de la violencia, actividades delictivas y consumo de drogas.

Los vínculos que establecen los menores con la sociedad normalizada son fuertes factores de protección tanto para el uso indebido de drogas como para otras conductas desadaptadas (Esbensena y Huizingaa, 1990; Winstanley, Steinwachs, Ensminger, Latkin, Stitzer y Olsen, 2008). Por el contrario, en comunidades con escasos o débiles vínculos sociales existe un mayor riesgo de consumo de drogas (Hawkins, Jeson y Catalano, 1988). Las personas que viven en estas comunidades presentan una mayor dificultad a la hora de promover sentimientos de apego y de sentirse parte de una comunidad, y por lo tanto su vulnerabilidad de consumo de

drogas es mayor. En los programas de prevención selectiva destinados a menores vulnerables es recomendable trabajar este aspecto, reforzando los lazos con la sociedad y otorgando un sentido al individuo al servicio de la sociedad.

No existe un estándar para la medida de la organización comunitaria (Winstanley, 2008). Son muchos los indicadores utilizados: la percepción de áreas seguras para pasear o jugar, la criminalidad, el vandalismo, el uso público de alcohol y drogas, la pobreza, el abandono de edificios y áreas urbanas (Crum et al. 1996), la presencia de grupos de jóvenes holgazaneando, indigentes, venta de droga y/o prostitución (Latkin y Curry, 2003; Hadley-Ives et al., 2000); o incluso la densidad de población y la tasa de movilidad (Ennett et al. 1997).

Parece claro que un objetivo de los programas de prevención comunitaria sería el de fortalecer dichas instituciones sociales y facilitar el contacto entre estas y la población. Moncada (1997) establece que, en estas comunidades, las iniciativas encaminadas a la creación de estructuras y lazos estables, a través de la prestación de servicios y la educación social son asuntos prioritarios. Desde esta perspectiva, los objetivos de los programas de prevención serán:

Impulsar y fortalecer a las instituciones sociales y facilitar el contacto entre éstas y la población.

Promover la creación de redes sociales comprometidas con el bienestar de su comunidad.

Crear estructuras estables a través de la prestación de servicios que permitan cubrir las necesidades sociales.

Fomentar la educación social.

La influencia de la “desorganización comunitaria” en el inicio y escalada del consumo de drogas en población adolescente goza de un discreto apoyo empírico. Case y Katz (1991) usaron una escala de percepción del ambiente y encontraron una fuerte relación entre la calidad de la vecindad y el uso de drogas. Según estos autores. Vivir en un barrio en el que una amplia proporción de jóvenes están envueltos en actividades delictivas aumenta el riesgo de consumo de drogas. Resultados similares hallaron Jang y Johnson (2001) al utilizar un modelo lineal para analizar la relación entre la percepción de la desorganización comunitaria y el uso de drogas según los datos de la Encuesta Nacional Juvenil. Encontraron que ambas variables estaban asociadas con independencia del apego social y del aprendizaje social.

En una muestra de 38.115 adolescentes de 12 a 17 años, en la que las características individuales y familiares fueron controladas, Winstanley et al. (2008) constataron que la desorganización social, autoinformada, está asociada al consumo de alcohol y otras drogas. Los autores concluyen que las medidas subjetivas del contexto social pueden ser un importante componente del complejo modelo bio-psico-social del inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

Sin embargo, no toda la investigación sobre este factor apoya su relación con el consumo de drogas. Ennett et al. (1997) encontraron resultados contradictorios al identificar que las tasas de consumo de alcohol y cigarrillos, durante toda la vida, fueron superiores en vecindades con mayores ventajas sociales. La clasificación del nivel socioeconómico del barrio se hizo en base a la opinión de los menores y de sus padres, y a información obtenida de los archivos censales.

En conclusión, el factor desorganización social se asocia a un mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si bien resulta difícil su estudio aislado debido a la estrecha vinculación con el resto de factores macrosociales.

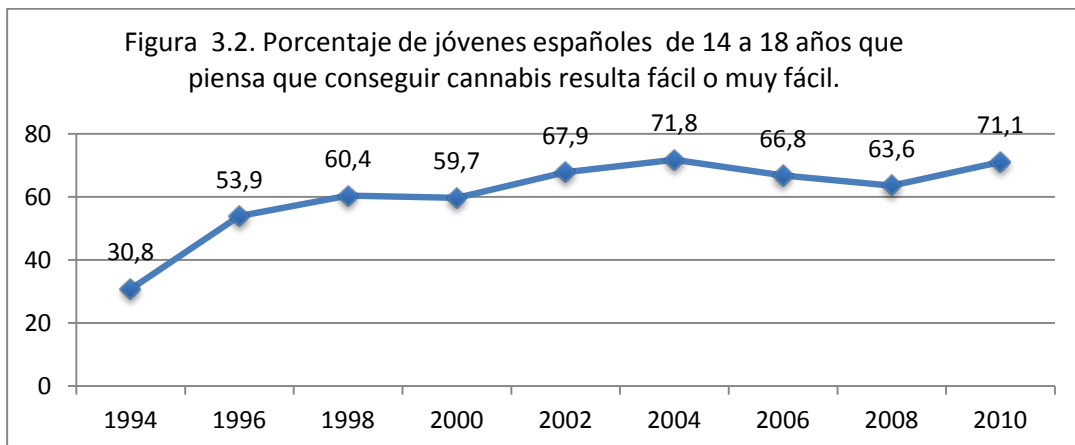
3.2.c.- La accesibilidad a las sustancias

La percepción de un fácil acceso a las sustancias es uno de los factores de riesgo con mayor capacidad explicativa. La accesibilidad es un factor complejo que puede ser abordado bien desde una perspectiva jurídico-policia, bien desde una aproximación individual. La primera hace referencia a la accesibilidad objetiva de droga, es decir a la oferta en el mercado, que puede ser cuantificada mediante indicadores policiales: el precio, la pureza, los decomisos y el número y proximidad de puntos de venta, e indicadores judiciales como son las sentencias condenatorias (Meacham, Zobel, Hughes y Simon, 2010). Qué duda cabe que la accesibilidad presenta una importante interacción con la legislación, de manera que el endurecimiento de la norma influye en el consumo, tal y como se explica en el apartado 4.2.d.

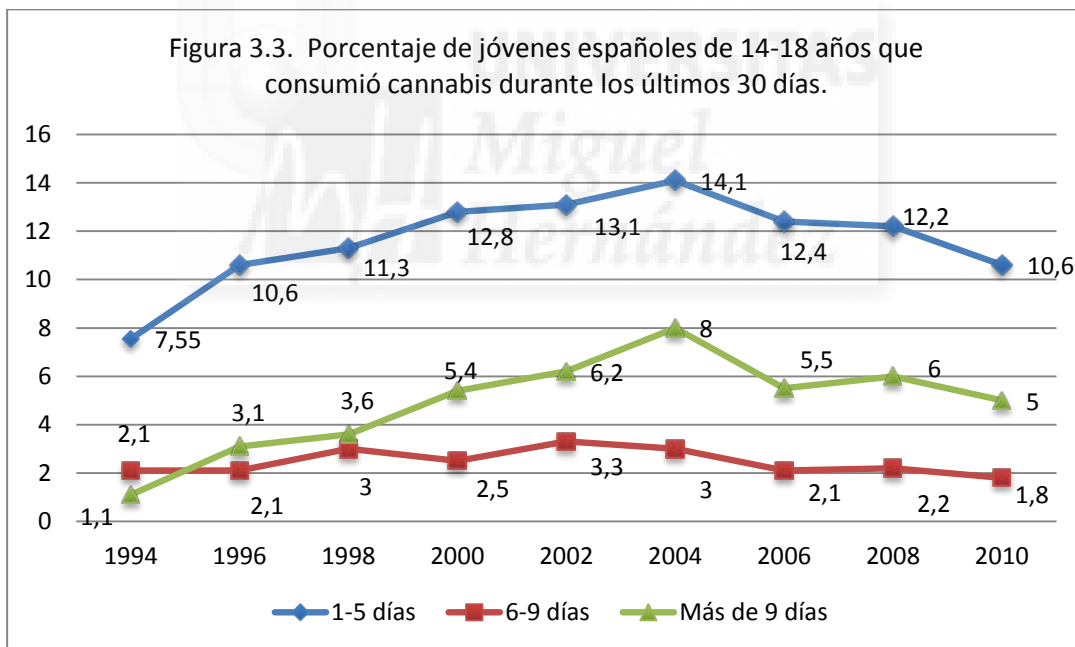
Un ejemplo de la relación entre el fácil acceso al alcohol y el incremento de su consumo, lo encontramos en la revisión que Hughes et. al. (2010) realizan a 34 investigaciones sobre la influencia de las características de los ambientes y locales de ocio nocturno. Los autores describen varios factores relevantes para explicar altos niveles de bebida y daños asociados, entre los que se encuentran la permisividad de borracheras, el bajo precio y las promociones de bebida.

Por otra parte, el estudio de la accesibilidad requiere una aproximación individual, y por ende subjetiva, que consiste en la creencia personal sobre la facilidad o dificultad para conseguir las distintas drogas. Esta percepción individual de la facilidad de conseguir droga, no siempre depende de la oferta real de la misma. Ante un mismo entorno social, diferentes personas valoran distintamente el grado de Accesibilidad a las drogas, en función de su experiencia y autoeficacia llegarán a la conclusión de que les resulta más o menos fácil conseguirla. Es la accesibilidad percibida la que se asocia a un mayor consumo según las principales encuestas (ESTUDES y ESPAD), y este aspecto subjetivo de la accesibilidad depende tanto de la disponibilidad real como de la capacidad del individuo para detectar los puntos de suministro y de la evaluación de su propia capacidad para encontrar y adquirir la droga. Esta dimensión de la accesibilidad se considera un indicador psicosocial y suele evaluarse mediante encuestas, con ítems estandarizados de tipo Likert. El rango de respuestas se extiende desde imposible hasta muy fácil. Para medir la accesibilidad percibida se utiliza un indicador normalizado que consiste en la proporción de encuestados que piensan que obtener una determinada droga en 24 horas es relativamente fácil o muy fácil.

La asociación entre consumo y accesibilidad percibida ha quedado reiteradamente demostrada través de encuestas nacionales en población general “ESTUDES” y población estudiantil “EDADES” (Observatorio Español sobre Drogas, 2008, 2009). Hallazgos que se ven corroborados por los resultados de la encuesta europea en jóvenes estudiantes de 15 años “ESPAD” (Hibell , Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi y Kraus, 2012). La accesibilidad, ya sea objetiva como percibida, mantiene una relación directa con el consumo, de tal forma que las sustancias más accesibles suelen ser las más consumidas (Manning, Best, Rawaf, Rowley , Floyd y Strang, 2001). El análisis de la secuencia evolutiva de la encuesta en población estudiantil, que cada dos años se realiza en España, evidencia la relación entre el consumo de cannabis en los últimos 30 días y la accesibilidad (Figuras 3.2 y 3.3).



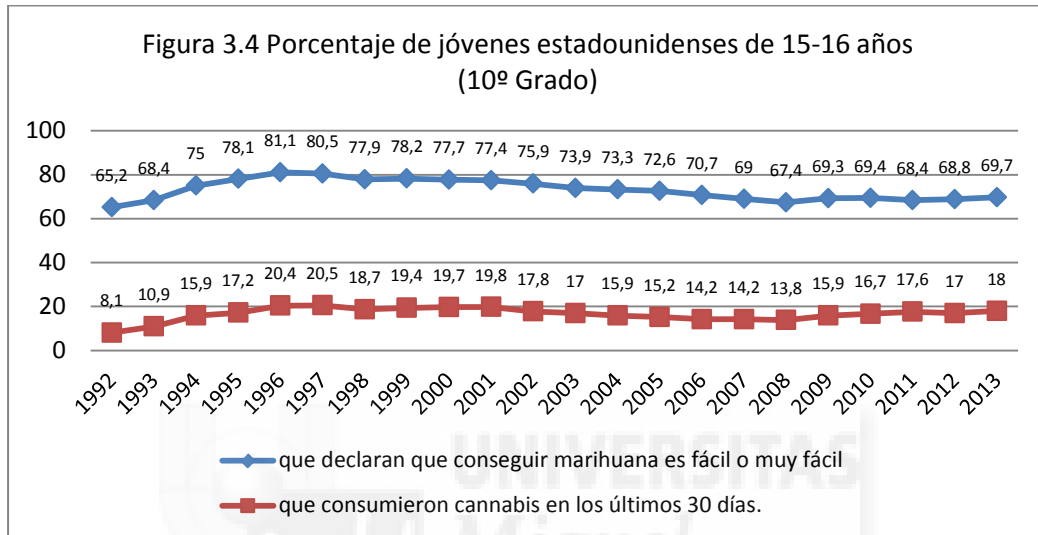
Fuente: Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).



Fuente: Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

3.2 Factores Macro-sociales

También la serie histórica de la encuesta norteamericana Monitoring the Future (Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg y Miech, 2013) muestra como ambas variables, accesibilidad y consumo, siguen una evolución paralela (Figura 4.3).



Fuente: Monitoring the Future 2013. Institute for Social Research The University of Michigan. (Elaboración propia)

Otro aspecto que afecta directamente a la accesibilidad es la disponibilidad de dinero. Si bien esto no puede considerarse una característica macrosocial, conviene tenerlo en cuenta para interpretar correctamente los resultados de las investigaciones. La capacidad adquisitiva de los adolescentes se relaciona con un mayor consumo. Los jóvenes que disponen de más dinero, en comparación con sus compañeros, son los que presentan un mayor consumo de alcohol (Cano y Berjano, 1988; Lloret, Segura, y Carratalá, 2009; Torres, 1986).

La investigación cualitativa ha sido utilizada para explorar con mayor detalle las vivencias y los itinerarios de consumo de los adolescentes. Las técnicas etnográficas y los grupos focales han servido para conocer con mayor riqueza el papel de las influencias contextuales y las oportunidades de consumo en la explicación del inicio y evolución (Galt, 1997; Maycock, 2002). Los resultados coinciden en la importancia del contexto social en la percepción de la accesibilidad.

3.2.d.- Normativa y legislación.

El marco jurídico es una potente herramienta al servicio de las políticas públicas en materia de control del consumo y tráfico de drogas. Las teorías basadas en el efecto disuasorio de la legislación asumen que las personas actuamos según un proceso racional de toma de decisión, por el que se maximiza la utilidad de la conducta, a saber consumir o no consumir, frente a los costes de la misma. Este paradigma de “pensamiento racional” pone el acento en la influencia de los costes legales de la conducta de consumo: la probabilidad de ser castigado, la intensidad del castigo, la accesibilidad y el precio. Estos modelos explicativos predicen que un endurecimiento de las penas por tráfico y consumo y un aumento de la vigilancia, traerá como consecuencia un incremento de los costes de la conducta: mayor precio, menor Accesibilidad. Y en consecuencia, el efecto disuasorio del riesgo del castigo, reducirá el consumo.

Desde esta perspectiva, resulta lógico pensar que una normativa más agresiva ayudará a reducir la accesibilidad a las sustancias, y por lo tanto dificultará el consumo. Este es el planteamiento que fundamenta el modelo ético-moral, que se sustenta en la consideración de que el abuso de sustancias ilegales es en sí mismo una conducta delictiva. En consecuencia las intervenciones consistirán en medidas punitivas. No obstante, la experiencia nos dice que elevar el consumo a la condición de ofensa penal no solo no ha servido para erradicarlo, sino que ha fortalecido el entramado ilegal de producción, distribución, financiero y corruptor.

Los países que han aplicado una política de prohibicionismo basada principalmente en la actuación policial y judicial, en la que el consumo es considerado un delito tipificado en el código penal, hoy día afrontan un debate revisionista (Comisión Latino americana sobre drogas y democracia, 2012; International Drug Policy Consortium, 2010). La estrategia de reducción de la demanda a través del recrudescimiento de las penas parece tener sus limitaciones, y la historia nos ofrece excepciones a la regla de la mano dura. Un ejemplo lo encontramos en la despenalización del consumo de marihuana en 12 estados americanos durante la década de los 70, las encuestas indicaron tras la despenalización el consumo decreció por debajo de la línea base. Si bien estos datos deben ser tomados con cautela debido a que la prevalencia de consumo ya apuntaba un decrecimiento antes de su despenalización (McCoun, 1993). Asuni y Bruno (1984) tras comparar la eficacia de las medidas socio-legislativas en 11 países, no hallaron asociación entre la prevalencia de consumo y la criminalidad asociada y la dureza del sistema legislativo. Sin embargo, si encontraron una correlación significativa entre el nivel de conocimiento de la ley y su eficacia.

Solivetti (2001, pág. 75) en su informe sobre los efectos de la criminalización del uso de drogas en Italia, sostiene que “las nuevas y severas penas no parecen afectar al nivel de difusión de las drogas en Italia”. Por lo tanto, si con el endurecimiento normativo lo que se pretende es disuadir la demanda, es imprescindible que las medias legislativas vengán acompañadas de una campaña divulgativa eficaz.

En Europa coexisten legislaciones que penalizan el consumo con otras más laxas, en las que el consumo no tiene condición de delito, siempre y cuando éste no se realice en público. Más allá de las diferencias en el tratamiento legal la realidad resulta bastante homogénea, ya que, la tendencia, incluso en los países más restrictivos, es concebir la posesión de cantidades para consumo propio como un delito menor o una falta, cuya sanción es conmutable por la asistencia a un tratamiento (EMCDDA, 2005 pag.22).

3.2.e. La percepción normativa

Entendemos por percepción normativa la creencia que tiene un sujeto acerca de cómo se distribuye un determinado fenómeno en una población dada. Berkowitz (2004) utiliza el término “mis perception” (percepción errónea) para describir la diferencia entre la conducta real de la población y lo que la gente cree que los demás hacen. Es frecuente que las personas extrapolen a la población general las pautas de comportamiento propio o de los círculos sociales más íntimos, y por consiguiente crean que la mayoría se comporta de forma similar a como lo hace uno mismo o sus allegados. Esta distorsión perceptiva se explica en parte por el efecto de la atención selectiva, por el cual se presta más atención a la información que resulta congruente con las propias creencias y acciones, a la vez que se desatienden los datos que contradicen las propias actitudes, creencias y comportamientos.

Esta noción ha sido recogida por distintas teorías generales de la conducta como la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), la Teoría de la Influencia Social (Evans et al. 1978) y otras teorías que se centran en la aparición y evolución de conductas problema como la Teoría del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985) o la Teoría de la Socialización Primaria (Oetting, Donnermeyer, y Deffenbacher, 1998).

La hipótesis de que la percepción normativa se encuentra asociada al consumo ha sido ampliamente confirmada. En una muestra de 1468 estudiantes de secundaria, Lewis (2011) encontró que sobreestimaban de forma consistente el consumo de alcohol de los jóvenes de su misma edad y que dicha percepción

normativa sobreestimada se asociaba al patrón de consumo personal. Estos hallazgos fueron consistentes en varios contextos sociales fiestas, eventos deportivos, bares etc. Resultados similares hallaron Page y cols. (2008) en una muestra de 1886 adolescentes (16,5 años) de la Europa del este. Los resultados sostienen la hipótesis de que beber alcohol está relacionado con la percepción de la prevalencia de consumo de alcohol entre los compañeros de escuela (percepción normativa) y con el número de amigos que beben o que han tenido algún episodio de abuso de alcohol (presión de grupo).

Así mismo, percibir que determinada conducta está normalizada, es decir que gran parte o la mayoría de la población de referencia la realiza, incrementa la probabilidad de reproducirla. Esta explicación ha servido de justificación para el diseño de programas de prevención dirigidos a jóvenes, y no es extraña la inclusión de un componente cuyo objetivo es corregir la percepción normativa distorsionada con respecto a la prevalencia de uso juvenil de alcohol y otras drogas (Espada y Mendez, 2003).

Por una parte, tendemos a sobreestimar la generalización de nuestra propia conducta, y por otra, la creencia de que una determinada conducta está generalizada anima a reproducirla, ambos efectos se potencian recíprocamente. En consecuencia, una intervención capaz de corregir o modificar la percepción de lo que es normal tendría un efecto en la conducta. Esta hipótesis ha sido puesta a prueba en diferentes poblaciones con el objetivo de reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Haines y Spear (1996) probaron la eficacia de una campaña mediática dirigida a modificar la percepción de la norma del consumo de alcohol en atracones en población adolescente escolarizada. Tras la intervención se observó una reducción del 18,5% de los adolescentes que percibían el consumo de alcohol como algo normal, que se asoció con una caída del 8,8% del consumo de alcohol autoinformado.

Otra investigación en población general estudió el impacto de la información de norma social en la conducta de beber en un contexto natural (Johnson, 2012). En ella se asignó al azar a 3000 participantes a diferentes niveles de información sobre la norma social de consumo de alcohol. Transcurrido un tiempo, midió el consumo de alcohol mediante la presencia de alcohol en aliento. Encontró diferencias, aunque con un tamaño del efecto muy pequeño, que apuntaban que facilitar información sobre la norma social produce una reducción del consumo, de manera que aquellas personas cuya percepción normativa fue más ajustada consumieron menos alcohol



PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro sociales.

3.3.- Factores Micro sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.3.1.- FACTORES MICROSOCIALES. ESCUELA

La escuela es un contexto inmediato con una gran influencia en el menor. Es un agente socializador primario que actúa como vector de otros agentes de socialización, como el grupo de amigos. En la escuela, el menor encuentra su primer grupo de iguales a través de los cuales aprende a relacionarse y se familiariza con una cultura y unos valores determinados. Más allá del conocimiento académico, la escuela tiene como función el detectar las habilidades individuales y entrenarlas para optimizar el desarrollo social y personal, así como identificar posibles déficits intelectuales, emocionales y sociales y desarrollar competencias que las compensen.

Debido a su gran influencia en el desarrollo del menor, ciertas características del ámbito escolar han sido relacionadas con diferentes problemas de adaptación. En el presente estudio se ha revisado la literatura sobre tres factores de naturaleza escolar y su relación en el inicio temprano del consumo de drogas. Estos factores son: la actitud hacia los estudios, la proyección profesional y la participación en la vida escolar.

3.3.1.a.- Actitud hacia los estudios.

La hipótesis de que el consumo de drogas correlaciona con una menor implicación académica, y como consecuencia con peores calificaciones, cuenta con una consistente evidencia experimental. Las investigaciones muestran que el consumo de alcohol, tabaco y en especial cannabis está asociado con un bajo rendimiento, una baja implicación, o incluso con el abandono escolar (Diego, Field y Sanders, 2003). Ensminger, Lamkin y Jacobsen (1996) analizaron las características de un grupo de adolescentes que habían abandonado la escuela. Entre ellas se incluían la procedencia social, el comportamiento escolar, las calificaciones académicas, la agresividad y el uso de cannabis. Aunque los resultados obtenidos fueron de alguna manera diferentes en chicas y chicos, para todos la falta de

supervisión y el uso de cannabis emergieron como los mayores predictores del abandono escolar.

Brook, Adams, Balka y Johnson (2002) estudiaron en una muestra de adolescentes norteamericanos la relación entre el uso temprano de cannabis, educación y otras variables. Este estudio longitudinal incluyó un amplio rango de variables asociadas con la transición de la adolescencia a la madurez, y consideró el uso de cannabis cinco años antes. Los resultados indicaron que el uso temprano de cannabis estaba asociado con bajas expectativas educativas y/o ocupacionales, suspenso o incluso expulsión, así como con rebeldía.

En España las investigaciones corroboran los hallazgos encontrados en otros países. García y Carrasco (2003) obtuvieron diferencias significativas entre consumidores y no consumidores de alcohol en las dimensiones de impaciencia, hostilidad, rendimiento académico y satisfacción con los estudios, en el sentido de que los jóvenes que consumen alcohol diaria o semanalmente presentaban, respecto a los no consumidores, mayores niveles de hostilidad e impaciencia, menor rendimiento académico y menor satisfacción respecto a los estudios. En otra investigación con una muestra de 2.043 estudiantes de secundaria, 27,5% consumidores ocasionales de cannabis, 10% habituales y 62,5% no consumían cannabis, Morales, Arizaa, Nebota, Pérez y Sánchez (2008) observaron una relación inversa entre el consumo de cannabis y el nivel académico auto declarado.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que muchos de los factores de riesgo personales, familiares y sociales que explican el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas en la adolescencia tienen carácter general, lo que significa que también están relacionados con la aparición de otras conductas no deseadas. Está ampliamente aceptado que la mayoría de las conductas desadaptadas participan de una base etiológica común. Durlak (1998), tras revisar 1200 trabajos, identificó 12 factores de riesgo comunes a 8 áreas problemáticas entre las que se encontraban el fracaso escolar y el consumo de drogas. Hacia los últimos cursos de la escuela elemental, el fracaso escolar se asocia con una mayor probabilidad de uso de drogas y delincuencia (Hawkins y cols., 1992; Martínez y cols., 1996; Stevens y cols., 1996). Aunque los estudios revisados han centrado su interés en la influencia del consumo de drogas en el rendimiento académico, los resultados indican que la influencia es recíproca. Además, es defendible que existen factores comunes, como por ejemplo el clima social o familiar o ciertas características de personalidad, que podrían explicar tanto la génesis del consumo, como en el bajo rendimiento escolar.

En este sentido concluyen Ferguson, Horwood y Beautrais (2003) al observar una correlación significativa entre la cantidad de cannabis consumida en la adolescencia y adultez temprana, y el fracaso en el bachillerato y en la universidad. Los autores reconocen que esta correlación no constituye una prueba de que el consumo de cannabis deteriora las habilidades cognitivas o reduce la motivación, y que podría reflejar los efectos del clima social en el que el uso de cannabis es prevalente.

Sanders, Field y Diego (2001) estudiaron la influencia del consumo de drogas en los resultados académicos y hallaron que más de la mitad de la varianza total se debe al consumo de drogas, en especial de cannabis. Sin embargo, incluso una fuerte correlación no implica la existencia de una relación causal. Para aclarar esta cuestión los estudios longitudinales nos ofrecen una buena metodología. Newcomb y Bentler (1988) siguieron a un grupo de estudiantes de secundaria norteamericanos durante ocho años para comprobar el impacto del uso temprano de drogas en los resultados académicos a la edad de diecinueve. Los resultados demuestran que los usuarios de cannabis específicamente, y de otras drogas en general, tenían mayor probabilidad de abandonar los estudios. En 1990, investigadores de la Universidad de Iowa al medir las habilidades intelectuales y académicas: vocabulario, habilidad para interpretar textos, expresión y razonamiento numérico, con el Iowa Tests of Educational Development en un grupo de 102 usuarios de marihuana (41 consumían de 1 a 4 veces por semana, 23 lo hacían 5 o 6 veces y 38 más de 7 consumos semanales) y 89 no usuarios, no hallaron diferencias entre los cuatro grupos, con excepción de la prueba de expresión en la que el grupo de mayor consumo puntuó significativamente peor. El estudio adolece de una correcta equiparación del género entre los grupos y de aceptar sujetos que declararon consumir otras drogas (Block, Farnham, Braverman, Noyes y Ghoneim, 1990).

La relación entre el rendimiento escolar y el clima familiar es estrecha y recíproca, a la hora de explicar el consumo temprano de drogas. Una buena relación familiar está indirectamente asociada a un menor consumo de alcohol, a través de las variables rendimiento escolar y amistades que consumen. Además obtener mejores notas, predice una mejoría moderada de la relación familiar (Mason y Windle, 2001). Estos resultados sugieren que el rendimiento escolar y la selección de amistades se explican al menos en parte por el clima familiar. Un mayor apoyo familiar ayuda a mejorar los resultados académicos y supervisa a las amistades.

En conclusión, los resultados de investigación avalan la consistente asociación entre el uso de drogas y una actitud negativa hacia los estudios, que se refleja en la baja satisfacción académica, los pobres resultados educativos y el abandono temprano de la escuela. Esta asociación se mantiene en investigaciones que han

controlado factores tales como la procedencia social, las expectativas de los padres y la supervisión.

3.3.1.b.- Proyección profesional

La motivación por desarrollar una habilidad o convertirse en un profesional implica el deseo de alcanzar una meta, y en consecuencia mostrar un interés por aprender y desarrollar las capacidades necesarias para lograr con éxito dicha meta.

Hay que destacar aquí, que la motivación por desarrollar un papel en la sociedad, en este caso: la proyección profesional, no tiene que estar necesariamente relacionada con una buena adaptación al sistema educativo. No es extraño que un adolescente con dificultades de adaptación al sistema educativo, haya resultado ser un brillante estudiante y reconocido profesional cuando ha encontrado una forma de aprendizaje ajustada a sus características particulares. Sirva como ejemplo la falta de adaptación que presentan las personas con cociente de inteligencia alejados de la media, tanto superior como inferior, a un sistema educativo en la mayoría de los casos rígido y generalista, incapaz de adaptarse a las necesidades y diferencias individuales. En España la primera normativa escolar que contempla las necesidades de los superdotados es el Real Decreto 28 de abril de 1995, que prevé la regulación de las condiciones para la atención educativa a los alumnos con necesidades especiales temporales o permanentes, asociadas a su historia educativa y escolar, o debidas a condiciones personales de sobredotación y de discapacidad psíquica, motora o sensorial (Noda Rodríguez, 2011). A pesar de la cual continúa siendo necesario cambiar mentalidades y prácticas educativas para abordar la respuesta ante las necesidades de este colectivo (Moya, Ruiz y Martínez, 2003). No se trata aquí de hacer un análisis crítico de las deficiencias del sistema educativo, si no de subrayar que una de las funciones del sistema educativo es identificar las habilidades y vocaciones que presentan los alumnos. El título preliminar de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, establece que el sistema educativo debe cumplir los siguientes principios: “ e) La flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes, intereses, expectativas y necesidades del alumnado, así como a los cambios que experimenta el alumnado y la sociedad y f) La orientación educativa y profesional de los estudiantes, como medio necesario para el logro de una formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores”.

Asumiendo que la motivación es algo intrínseco al ser humano, y característico del adolescente, son varios los estudios que concluyen que la motivación por desarrollar una habilidad y ocupar un papel en la vida debería ser tenido en cuenta en programas de prevención primaria (Kinnier, Metha, Okey, y Keim, 1994; Nicholson, Higgins, Turner, James, Stickle y Pruitt, 1994).

3.3.1.c.- Participación en la vida escolar

La relación que establece el menor con el centro docente trasciende los límites de lo estrictamente académico. El menor encuentra en el centro un espacio que propicia la interacción social, el intercambio de experiencias, el compañerismo y la amistad. El centro, por su parte, no se limita, o no debería limitarse, a proveer conocimientos académicos, sino que utiliza los recursos propios para educar en valores y competencias sociales. En paralelo al currículum oficial y obligatorio, diseñado por las autoridades educativas, se desarrolla una agenda no oficial, casi siempre voluntaria, formada por actividades lúdicas como: expresión artística, artes escénicas, deporte, acciones sociales, viajes y acampadas... etc. Estas actividades, aunque cuentan con el visto bueno de la dirección del centro, que las apoya facilitando recursos, a menudo surgen de las asociaciones de madres y padres o de los propios estudiantes, en un proceso de abajo arriba.

La percepción de las actividades escolares como algo aburrido y ajeno, y el rechazo a participar en ellas ha sido asociado al consumo precoz de alcohol, tabaco y otras drogas, así como a conductas violentas (Jenkins, 1995; Tibbetts y Whittimore, 2002). La ausencia o la baja vinculación escolar y las experiencias negativas en la escuela son, junto con la presencia de actitudes y conductas antisociales y una puntuación alta en impulsividad, predictores del consumo de alcohol entre estudiantes de secundaria (Case, 2007). Los estudios longitudinales revelan que la vinculación con la escuela forma parte del grupo de factores protectores de conductas desviadas (Dornbusch, Erickson, Laird y Wong, 2001; O'Donnell, Hawkins y Abbott, 1995).

Ellickson y Hays (1992) emplearon un diseño prospectivo para diseñar un modelo en el que los débiles lazos escolares y familiares explican el 72% de la varianza del consumo de drogas. Los autores, en un claro ejemplo de cómo los factores de riesgo genéricos y específicos se entrelazan, sostienen que una pobre relación familiar y escolar expone al adolescente a influencias sociales relacionadas con el uso de

drogas que aumentan las expectativas positivas del consumo, además de afectar a las motivaciones personales y autoestima.

La participación en las actividades escolares que no se circunscriben al currículo académico, tradicionalmente llamadas actividades extraescolares, constituye un indicador general de la buena adaptación social y de una menor probabilidad de consumo de drogas. Los resultados de investigación asocian la baja vinculación escolar al inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, si bien la relación no siempre resulta potente (Ellickson, McGuigan & Klein, 2001). En conclusión, a la vista de estos resultados sería conveniente evaluar específicamente los componentes dirigidos a fomentar la participación escolar en los futuros programas de prevención escolar.



PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro sociales.

3.3.- Factores Micro sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.3.2. FACTORES MICROSOCIALES. FAMILIA

Numerosos autores consideran que la familia es el principal agente de protección y de riesgo frente a conductas desadaptadas. En el estudio de su influencia en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas en adolescentes, la familia es entendida como un complejo de dinámicas y procesos que son identificados y analizados para conocer cuales resultan más decisivos en la explicación del consumo de drogas. La interacción de las características familiares dentro del ámbito familiar y las sinergias que se establecen con otros ámbitos sociales, generan problemas metodológicos que dificultan el aislar el efecto de la familia.

En este capítulo se abordan las características y dinámicas familiares que mayor interés han despertado en la explicación del inicio del consumo de drogas por los hijos: los padres y hermanos como modelos de consumo, el clima familiar, la falta de afecto, la conflictividad, la comunicación, los estilos parentales y la supervisión. Se revisa la definición de cada una de ellas y se analiza la evidencia experimental.

En la temprana edad en la que se producen los primeros consumos, el menor desarrolla su proceso de socialización bajo la influencia de cuatro principales agentes: la familia, los amigos, la escuela y los medios de comunicación (Bauman, Carver y Gleiter, 2001; Baker, Brandon y Chassin, 2004; de Vries, Engels, Kremers, Wetzels y Mudde, 2003; Kristjansson, Sigfusdottir, James, Allegrante y Helgason, 2010). Entre estos agentes, la familia destaca por su particular ascendencia en la adquisición de nuevas conductas y formación de actitudes de los menores (Bricker, Peterson, Sarason, Andersen y Rajan, 2007; Maccoby y Martin, 1983). En los primeros años de la adolescencia los padres todavía son el principal modelo para el aprendizaje de nuevas conductas y actitudes, aunque esta hegemonía va cediendo paso a las amistades conforme el menor se acerca a la adultez (Van Ryzin, Fosco, y Dishion, 2012). Como afirma Pons (1998, 86) “los padres, intencionalmente o no, son la influencia más poderosa en la vida de sus hijos. La influencia de otros agentes sociales -medios de comunicación, grupo de iguales, escuela...- pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos”. Similares resultados se desprenden del Estudio Nacional Longitudinal de la Salud de los Adolescentes (Add Health) que sigue una cohorte de adolescentes de 7-12 años desde el curso 1994-1995. Los

resultados de Add Health confirman que los padres son la principal razón por la que los hijos no consumen drogas (Resnick, et al., 1997).

El listado de variables de índole familiar que la literatura recoge como potencialmente de riesgo es amplio, y su valor predictivo depende de las interacciones entre ellas (Cava, 2008; Jiménez Iglesias, 2009). Ambas características, extensión e interacción, hacen que no resulte sencillo conocer el papel que cada factor puede jugar en el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Existe un abundante acervo sobre las características y dinámicas familiares que predicen el consumo de drogas en la prole. Algunos factores han sido considerados no específicos por ser comunes a diversas conductas problemáticas: el conflicto familiar (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999; Raskin, Johnson y Buyske, 2000), la escasa o nula supervisión (Barnes y Farrell, 1992; Chilcoat y Anthony, 1996; Cottrell et al., 2003; DiClemente et al., 2001; Fosco, Stormshak y Dishion, 2012; Jimenez Iglesias, 2009; Mott et al., 1999; Webb et al., 2002), la desorganización familiar (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Duch y Fernández-Hermida, 2012), las deficiencias en comunicación (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007; Jiménez, Musitu y Murgui, 2005) y el estilo educativo autoritario (Baumried, 1968; Maccoby y Martin, 1983). Por otra parte, se consideran factores de riesgo específicos el consumo por otros miembros de la familia, en especial por el padre o la madre (Brook, Balka, Crossman, Dermatis, Galanter y Brook, 2010; Duncan et al., 1995; Vermeulen-Smit, Koning, Verdurmen, Van der Vorst, Engels y Vollebergh, 2012) y la actitud favorable, o al menos no contraria, al consumo (Brook et al., 1986; Foxcroft y Lowe, 1997; Lloret, Segura y Carratalá, 2008; Vermeulen-Smit et al., 2012; Wen et. al., 2005). Por el contrario, el vínculo familiar, la supervisión parental y la comunicación familiar son importantes factores de protección del consumo de drogas (Kumpfer y Alvarado, 2003).

De la fértil investigación que respalda el papel de la familia en la protección/riesgo del consumo de drogas de los hijos, emergen una serie de características y dinámicas familiares que han sido recogidas en las principales teorías sobre la influencia de la familia en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Teorías sobre el papel de la familia en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

	Modelo Evolutivo (1)	Homeostasis Familiar (2)	Interacciones familiares coercitivas (3)	Desarrollo Social (4)	Socialización Primaria (5)	Muñoz (6)	Modelo Comprensivo Secuencial (7)
Consumo familiar	•	•		•	•	•	
Actitudes parentales	•	•		•	•	•	
Conflictividad.			•	•	•		
Baja expectativa éxito		•		•			
Pautas educativas	•				•	•	•
Trastornos psicológicos	•	•					
Relación afectiva	•					•	
Status socio-económico						•	•
Supervisión / Control			•				•
Estructura/Composición		•				•	

(1) Kandel 1973, 1975, 1980, 1978, 1996; Kandel y Davies, 1992; Kandel y Logan, 1984; Kandel y Yamaguchi, 1975.

(2) Stanton et al. 1978; Stanton 1978,1979, 1980; Stanton y Shadish, 1997

(3) Patterson, 1979; Patterson, 1982; Patterson y Dishion, 1985; Patterson, Reid y Dishion, 1992.

(4) Catalano y Hawkins, 1996; Farrington y Hawkins, 1991; Hawkins y Weis, 1985; Hawkins, Catalano y Miller, 1992

(5) Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting , Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a, 1998b; 1998c

(6) Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, (2000)

(7) Becoña, 1999, pp.265-275.

Generalidad - Especificidad

La familia está en el foco de estudio por su relevancia en la explicación del inicio y mantenimiento del consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. Algunos autores (Merinkangas, Dierker y Ferton, 1998; Moral de la Rubia y Ortiz, 2012) indican que determinadas características familiares actúan como factores de riesgo inespecíficos o generales, mientras otras lo hacen como factores específicos por aumentar básicamente la probabilidad del consumo de drogas. Los factores de riesgo generales son capaces de fomentar la aparición de diversas conductas problemáticas que afectarían a diferentes facetas de las habilidades psico-sociales del adolescente, como por ejemplo la conducta violenta, el absentismo escolar, la delincuencia o el consumo de drogas. Otras características o estilos familiares, como el consumo por parte de los padres o hermanos y sus actitudes hacia las drogas, son considerados factores de riesgo específicos para el consumo de drogas.

Entre las características generales han recibido especial atención las situaciones de conflicto familiar, la baja cohesión familiar, las deficiencias en comunicación, el

estilo educativo o la propia estructura familiar. En cuanto a los factores de riesgo específico, los que mayor apoyo empírico han recibido son el consumo de drogas por otros miembros de la familia, en especial por el padre o la madre y la actitud hacia las drogas.

Interacción

Todos estos factores son susceptibles de interactuar, y como fruto de su relación se potencian o se debilitan los unos en presencia de otros. En este sentido, los resultados de investigación nos ofrecen abundantes pruebas de dichas interacciones. Veamos algunos ejemplos. La influencia de los modelos parentales de consumo sobre la conducta de los adolescentes, está moderada por otros factores como la calidad de las relaciones afectivas y el género de la prole (Wen et al., 2005). El consumo de tabaco por los padres contribuye al inicio del consumo en los hijos, incluso si los padres desarrollan prácticas saludables en la gestión familiar, defienden una postura en contra del tabaco y mantienen a sus hijos al margen de su consumo de tabaco (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Espada y Méndez, 2002; Hill, Hawkins, Catalano, Abbott y Guo, 2005). El conflicto parental dificulta la comunicación y el rol de cuidadores de ambos padres, su contribución al mal funcionamiento familiar provoca un mayor estrés que a la postre retroalimenta el conflicto, de tal forma que es difícil concluir si se trata de una causa o de una consecuencia (Secades y Fernández-Hermida, 2003). De igual forma, explicaciones basadas en la teoría del Aprendizaje Social, sostienen que el consumo de drogas por parte de los padres constituye un claro factor de riesgo, sin embargo las familia con uno o varios miembros consumidores tienen una mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales, mayor desorganización y estrés, todos ellos también reconocidos factores de riesgo del consumo de los hijos. Además las características familiares interactúan con otros factores externos, la educación recibida en el seno familiar conforma la estructura primaria de valores y actitudes que necesariamente afecta a ámbitos externos como la adaptación a la escuela y la selección de las amistades, que en momentos más tardíos de la adolescencia llegarán a ser el principal grupo de influencia.

En este apartado se revisan los resultados de investigación de cuatro factores familiares que cuentan con abundante evidencia, a saber: actitudes y modelos de conducta, clima familiar, estilo educativo y supervisión. Conscientes de haber dejado fuera de este trabajo la estructura familiar, considerado por muchos autores un importante factor, a continuación, se exponen las razones de su exclusión.

El papel de la estructura familiar ha sido vinculado a múltiples problemas de ajuste de la prole, incluido el consumo de drogas. Los estudios evidencian una alta asociación entre ruptura familiar, divorcio o separación, y riesgo de consumo de drogas y desarrollo de conducta desviada y concluyen que los adolescentes consumidores tienen más probabilidad de convivir con padres separados que con ambos padres, y de que exista más conflicto entre los miembros de la familia (Needle, Su y Dohert y, 1990; Comas, 1990; Polaino, 1991; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

Sin embargo, su influencia parece no ser directa. El divorcio o la separación afecta negativamente al establecimiento de vínculos familiares, el menor busca su grupo de referencia fuera de la familia y se refuerzan los lazos afectivos con el grupo de iguales (Hoffman, 1995). De acuerdo con Secades y Fernández-Hermida (2003), la variable estructura familiar no ejerce un efecto directo sobre consumo de drogas de los hijos, sino que se debe más bien a la mediación de otras variables familiares como el afecto, el clima familiar y la supervisión por parte de los padres. El argumento se centra en las funciones parentales, y asume que le resulta más complicado ejercer las funciones educativas y de acompañamiento a un solo progenitor, o incluso a ambos progenitores cuando son incapaces de coordinarse debido a los conflictos de pareja (separación). El acento se sitúa sobre la carga de trabajo que supone la educación, de tal forma que si los padres separados regulan eficazmente sus funciones de vinculación afectiva y tareas educativas, no debería existir menoscabo en el crecimiento de los hijos. Sakyi, Melchior, Collet y Surkan (2011) examinan los efectos combinados de divorcio e historia de depresión en los padres y su influencia en el consumo de cannabis de la prole, y encuentran que la relación divorcio-consumo de cannabis no es significativa. Sin embargo si encuentran diferencias entre padres depresivos y no, que son mucho más acusadas cuando se combina la depresión con la ruptura de la pareja. Desde esta perspectiva, la estructura familiar ha quedado excluida, ya que no supondría per se un factor de riesgo, si no que la alta tasa de ruptura familiar entre consumidores se debe a su asociación con un mayor nivel de stress familiar y menor supervisión y control efectivo de la conducta de los hijos.

Los procesos y dinámicas familiares requieren un tiempo y un espacio para materializarse, por lo que el estudio de los momentos compartidos resulta muy clarificador a la hora de relacionar conductas de riesgo. Por ello, quisiera finalizar esta introducción aludiendo al interesante estudio del National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA Columbia). Desde 1994 estudian la relación entre cenar en familia y el consumo de drogas en los hijos. Los resultados del último informe (CASA Columbia, 2012) son consistentes con los anteriores y

revelan que el número de veces por semana que la familia cena unida correlaciona con un menor riesgo de uso de drogas. Los adolescentes que cenan 5 o más veces por semana, comparados con los que cenan 2 o menos veces, opinan que tienen una excelente relación con ambos padres un 50% más, tienen una probabilidad cuatro veces menor de consumir marihuana, dos y media de fumar tabaco y dos veces menor de beber alcohol. Resulta por lo tanto de vital importancia establecer rutinas para crear espacios de convivencia donde los factores protectores puedan expresarse.

3.3.2.a. Actitud de los padres hacia el consumo.

La relación entre la exposición a modelos parentales de consumo y el aumento de la probabilidad de consumo en la prole ha quedado abundantemente demostrada (Engels, Vitaro, Blokland, de Kemp y Scholte, 2004; Duncan et al. 1995; Kandel y Wu, 1995; Jiménez y Revuelta, 1991; Secades y Fernández, 2003; Taylor, Conard, Koetting O'Byrne, Haddock y Poston, 2004;). Una relación que se mantiene más allá del contexto cultural, estudios transculturales (Kim, Kwak y Yun, 2010) e interraciales (Skinner, Haggerty y Catalano, 2009) han encontrado resultados similares. En el caso del consumo de tabaco y alcohol, la influencia de modelos familiares es, si cabe, más decisiva. Su normalización e institucionalización, mayor en el alcohol, hacen que la inducción sea casi imperceptible. El consumo de tabaco por los padres contribuye a un temprano inicio del consumo en los hijos, incluso si los padres desarrollan prácticas saludables en la gestión familiar, defienden una postura en contra del tabaco y mantienen a sus hijos al margen de su consumo de tabaco (Espada y Méndez, 2002; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Hill, Hawkins, Catalano, Abbott y Guo, 2005). En el caso del alcohol las investigaciones corroboran que los adolescentes que más consumen pertenecen a familias en las que el consumo alcohólico es habitual (Alonso y del Barrio, 1994; Martínez, Aguinaga y Varo, 1992). Pons (1998) analizó, en una muestra de 1.100 adolescentes, rango de edad 15-19, la relación entre la percepción del adolescente respecto al consumo de bebidas alcohólicas por los miembros de su familia, y su propio consumo en los fines de semana. Los resultados concluyen que el consumo de alcohol en los adolescentes está significativamente relacionado con el consumo de los otros miembros de su familia.

Sin embargo, aun tratándose de un importante factor de riesgo, la exposición a modelos parentales de consumo no determina necesariamente el consumo en la prole. Como hemos señalado anteriormente, los factores de riesgo no son

determinantes y su potencia depende de la interacción con otros factores y características familiares. Algunas investigaciones indican que la influencia de las figuras parentales sobre la conducta de los adolescentes puede estar moderada por la calidad de las relaciones afectivas y el género de la prole. A este respecto, Wen et al., (2005) tras analizar estas variables y el consumo de tabaco, concluyen que el grupo de adolescentes con padres fumadores y baja vinculación afectiva (low tender loving care) registra una mayor prevalencia de consumo, siendo esta diferencia todavía más acusada en chicas que en chicos. White (2010) analizó una cohorte de 1736 adolescentes británicos (British Youth Panel Survey) y encontró que el consumo de tabaco de la madre aumentaba la probabilidad de un consumo precoz en las hijas pero no en los hijos. La conducta de fumar de los padres en sí misma, constituye un potente factor de riesgo específico, a la hora de explicar el consumo de los hijos, si bien su efecto está modulado por las características de los sujetos y las dinámicas familiares.

Cuando los progenitores realizan un consumo abusivo de drogas y alcohol, la situación familiar se vuelve más inestable y hacen presencia otros factores de riesgo. En estas circunstancias, la probabilidad de vivir experiencias negativas aumenta, así como el nivel de estrés familiar, y con él la probabilidad de que la prole inicie un consumo de drogas. Los factores generales y los específicos se relacionan y la vulnerabilidad de la prole aumenta exponencialmente tanto para el consumo de drogas como para el desarrollo de otras conductas problemáticas. El consumo de drogas por los padres está asociado a negligencia en el cuidado, con consecuencias físicas y emocionales, y por ello se comporta como un factor de riesgo para otras conductas problemáticas, además del consumo de drogas. Gabel y Shindlecker (1990) estudiaron la prevalencia de consumo por parte de los padres en una muestra de menores hospitalizados por ideaciones e intentos autolíticos. Los resultados indicaron que el consumo de drogas por lo padres y el maltrato fueron los principales predictores de las ideas y conductas autolesivas.

Con independencia de la existencia de consumo, las actitudes hacia las drogas por sí mismo juegan un importante papel en la aparición y consolidación de consumos entre los hijos. La previsión de los hijos de reacciones negativas por parte de sus padres ante un consumo, da lugar a que éstos se impliquen menos en el consumo de cualquier sustancia. Por el contrario, la percepción de una actitud parental laxa está asociada a un mayor consumo (Andrews, Hops, Ary, Tildesley y Harris, 1993; Bahr, Hoffman y Yang, 2005; Brook et al. 1986; Lloret, Segura y Carratalá, 2008; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Wen, et. al., 2005).

3.3.2.b. Relación padres-hijos (Clima familiar).

El clima familiar es el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia (Moreno et al. 2009). El clima familiar se define por las relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal. El clima familiar es por lo tanto una valoración basada en aspectos relacionales, como la expresión de afecto, la confianza, el apoyo y la comunicación, que crean un ambiente o clima en el que el menor se expresa y es educado. El clima familiar ha demostrado ejercer una influencia decisiva para el correcto desarrollo afectivo, intelectual, moral y social de los hijos.

Las definiciones de clima familiar incluyen diferentes dimensiones que dejan patente la amplitud del concepto, y no resulta sencillo marcar los límites que separan una dimensión de otra. De la revisión de la literatura científica emergen tres factores de riesgo vinculados al clima familiar: la escasa o nula conectividad, definida como la expresión afectiva o la calidez emocional entre padres e hijos; la conflictividad, caracterizada por una presencia predominante de desacuerdos y disputas incluso violentas, que a menudo se traducen en medidas que el menor percibe injustas; y la falta de comunicación.

La falta de un clima familiar positivo, con escaso o inconsistente afecto, ausencia de empatía, exceso de conflictividad, problemas de comunicación aparece consistentemente asociado al desarrollo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes, quienes muestran un déficit de habilidades sociales, dificultades para resolver problemas interpersonales y uso de drogas (Bradshaw, Glaser, Calhoun y Bates, 2006; Dekovic, Wissink y Mejier, 2004; Demaray y Malecki, 2002; Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Lambert y Cashwell, 2003; Macià, 2000; Recio, 1992).

Afecto

Una de las funciones elementales de la familia es satisfacer la necesidad de afecto y garantizar la seguridad emocional sobre la que el menor cimienta su personalidad y relaciones sociales. El apego familiar resultó ser mejor factor de protección para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, las conductas violentas y delictivas, que asistir a la escuela y cumplir las obligaciones académicas (Dornbusch, Erickson, Laird y Wong, 2001). Los estudios sobre la relación entre la calidez emocional del entorno familiar y el desarrollo de conductas problemáticas en la adolescencia concluyen que las interacciones disfuncionales padre/madre-hijo/a, caracterizadas por la ausencia de expresión afectiva, predicen diversas conductas

problemáticas de la prole. Dentro de estas conductas destaca el consumo temprano de tabaco (Hill, Hawkins, Catalano, Abbott y Guo, 2005) y otras drogas (Becoña, Martínez, Calafat, Fernández-Hermida, Juan, Sumnall, Mendes y Gabrhelik, 2013; Brook et al., 1990; Fosco, Stormshak y Dishion, 2012; Pons, Berjano y García, 1996).

Recientemente Becoña, Fernandez, Calafat y Frenández-Hermida (2014) revisan la evidencia sobre el papel del apego y el consumo de drogas en los últimos 30 años. Tras analizar 36 investigaciones concluyen que la falta de apego o cuando este es inseguro constituye un factor de riesgo, no solo para el consumo de drogas sino para el correcto desarrollo de las relaciones interpersonales y capacidad de afrontar los problemas, en general. Como ya se ha dicho en anteriores capítulos, la capacidad predictora de un factor de riesgo es el resultado de un proceso dinámico en el que intervienen otros factores de riesgo. Así, los autores advierten que la influencia del apego está condicionada por diversos factores como son la presencia de otras fuentes de apego, el género, la edad, la autoestima o el progenitor.

Conflicto familiar

La asociación entre el consumo de drogas en los adolescentes y unas relaciones familiares conflictivas, se ha mostrado consistente en anteriores investigaciones (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008; Pardeck, 1991; Protinsky y Shilts, 1990). Lam, Solmeyer y McHale (2012), basados en la Teoría de la Comparación Social (Festinger, 1954), analizan los sentimientos de inferioridad o desaprobación que pueden surgir entre hermanos, en relación al trato diferencial de los padres y como pueden derivar en conflicto, y este ser un predictor del comportamiento desviado. Estudian la conflictividad familiar y la conducta delictiva en una muestra de 355 adolescentes (15,58 años) y sus padres durante dos años, y encuentran que las diferencias en conflicto familiar padres-hijo/as entre hermanos predicen el desarrollo de la conducta delictiva.

Skeer et.al. (2009) investigaron el papel del conflicto familiar y la capacidad del apoyo social externo para atenuar los efectos del conflicto, en una muestra de 1421 adolescentes con edades de los 10 a los 22 años, a través de un estudio prospectivo de tres etapas entre 1994 y 2001. Mediante un análisis de regresión logística hallaron una asociación significativa entre el conflicto familiar y el consumo de drogas (odds ratio: 1.23; 95% CI: 1.02–1.47). El apoyo social externo no amortiguó la influencia del conflicto familiar en el consumo de drogas.

En nuestro país, Muñoz-Rivas, M. y Graña J.L. (2001), utilizaron una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos (54.4% hombres y 45.6% mujeres) de la

Comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados mostraron que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres. Otras investigaciones españolas concluyen igualmente que la presencia de conflictos familiares se asocia a un mayor consumo de sustancias entre los/as hijos/as (Alonso y Del Barrio, 1994; Pons et al., 1996, 1999; Sanz et al., 2004; Secades y Fernández-Hermida, 2003).

Debido a la estrecha relación del conflicto familiar con el resto de factores familiares, resulta muy complejo definir la influencia del conflicto por sí mismo, controlando la acción de los otros factores. Por ejemplo, la estructura familiar guarda relación directa con el conflicto, en tanto que a mayor conflicto, la probabilidad de ruptura, o en fases previas de periodos de ausencia de uno de los dos progenitores, también aumenta. Así mismo, se asocia con la falta de comunicación y con la inestabilidad de la relación, fruto de todo ello genera una negativa percepción del clima familiar. La alta correlación parece indicar que el conflicto es consecuencia y causa de otros factores de riesgo de índole familiar. En este sentido, Secades y Fernández-Hermida (2003, p. 107), tras analizar una muestra de 2126 adolescentes procedentes de toda España, concluyen que: “Las familias en las que se percibe más conflicto (padres separados con problemas, padres que conviven con un alto grado de desavenencia y crispación) es muy probable que sean familias con menor grado efectivo de control sobre los hijos, en las que se les cause un mayor grado de estrés que dificulte su funcionamiento social y académico. Además, hay una correlación positiva moderada ($r=0,20$, $p<0,000$) entre el conflicto entre los miembros de la familia y el consumo de drogas familiar, y esta puede ser otra de las fuentes por las que la percepción de conflicto correlaciona con el uso de drogas en los hijos. La relación entre esta variable (conflicto familiar) y el consumo es moderada, tal y como puede verse en los análisis multivariados, y su poder causal es muy probable que se encuentre modulado por múltiples factores amortiguadores y facilitadores.”

Comunicación

La comunicación familiar es la actividad necesaria para que el afecto y el buen clima familiar pueda expresarse. Una comunicación familiar fluida y positiva reporta grandes beneficios para el crecimiento personal y social de la prole: evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y

carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas. Unos padres innaccesibles que no ofrecen oportunidades para hablar, supone un déficit que no puede ser sustituido por expertos o programas de prevención.

Debido a su papel fundamental en la regulación de las relaciones familiares, la comunicación familiar insuficiente es un factor de riesgo que se asocia a la presencia, evidente o velada, de otros factores de riesgo familiares. La falta de afecto, el conflicto, el estilo educativo autoritario o negligente, no dedicar tiempo a la crianza, son factores que correlacionan con la falta de comunicación. Y aunque existe una clara diferencia conceptual entre ellos, su alta covarianza dificulta conocer el efecto independiente. Como se ha descrito en el apartado 4.1, los factores de riesgo establecen relaciones dinámicas, y el resultado de tal interacción es un aumento exponencial de su influencia. Aunque esta influencia recíproca es especialmente relevante en factores que actúan dentro de un mismo contexto, también se ha documentado entre factores de diferentes contextos. Por ejemplo, los problemas de comunicación con el padre y la madre como principales figuras de autoridad informal influyen en el desarrollo de una actitud negativa hacia otras figuras de autoridad formal como la policía y los profesores, y esta actitud incide a su vez en la conducta violenta del adolescente (Emler, Ohana, y Dickinson, 1990), y afecta a la adaptación escolar (Estevez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007).

Es por tanto su carácter fundamental lo que la convierte en un factor general que se encuentra en la base explicativa de una gran variedad de problemas de adaptación social. Una comunicación familiar escasa o negativa ha sido asociada a la conducta violenta en la adolescencia (Dekovic, Wissink, y Meijer, 2004; Morales y Costa, 2001; Stevens, De Bourdeaudhui, y Van Oost, 2002; Villar, Luengo, Gómez, y Romero, 2003), a las conductas sexuales de riesgo y a los embarazos no deseados (Aspy, Vesely, Oman et al., 2007; Dilorio, McCarty, Resnicow et al., 2007; Pick y Palos, 1995) y a trastornos de la alimentación (Edwards George y Franko, 2009; Neumark-Sztainer, Bauer, Friend, Hannan, Story y Berge, 2010). También el consumo temprano de drogas guarda relación con una deficiente comunicación familiar (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008). Esta relación es recíproca, al igual que la falta de comunicación o las relaciones pobre entre padres e hijos conlleva un mayor consumo de drogas por la prole, el consumo de drogas por los hijos afecta negativamente a la relación con los padres, y en consecuencia la comunicación (Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1990).

3.3.2.c.- Estilo parental - Pautas educativas

La influencia del estilo parental en el desarrollo psicológico y social de niños y adolescentes, y a la postre en la propia conducta, ha atraído la atención de investigadores que han querido explicar en qué consiste el estilo parental. Darling y Steinberg (1993) nos ofrecen una definición de estilo parental que se asemeja a la noción de clima familiar. Estos autores definen estilo parental como una constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y que, tomadas conjuntamente, crean un clima emocional en el cual las conductas de los padres son expresadas. Estas conductas incluyen tanto las dirigidas a objetivos específicos a través de las cuales los padres ejecutan sus obligaciones parentales como las conductas parentales no dirigidas a objetivos concretos, tales como gestos, expresiones faciales, cambios en el tono de voz, o expresiones espontáneas de una emoción.

De entre todas las teorías, la de Baumrid (1971, 1980) ha sido la más influyente. Describió tres tipos de estilo: democrático, también llamado autoritativo, autoritario y permisivo. Más tarde Maccoby y Martin (1983) identificó un cuarto tipo: el negligente. Unos años después, Baumrind (1996) define los estilos parentales en función de la combinación de dos factores generales: el control, al que denomina «exigencia», y la calidez emocional de los padres, «sensibilidad-receptividad». El control se refiere a como son de restrictivos los padres, mientras que la calidez hace referencia al grado de afecto y aprobación que muestran a sus hijos. Niveles altos y bajos de cada una de las dos variables configuran una matriz de 2x2 en la que se representan los cuatro estilos parentales (Tabla 3.2).

Tabla 3.2 Estilos Parentales

Control / Calidez	Alto	Bajo
Alta	Autorizativo	Permisivo
Baja	Autoritario	Negligente

Los padres autoritarios ejercen mucho control y poca calidez. Establecen normas con poca participación del niño y esperan que sus órdenes sean obedecidas. La desviación de la norma conlleva como consecuencia castigos severos, incluso físicos y continuas prohibiciones. La comunicación es pobre y prevalece la unidireccionalidad (los padres dicen lo que hay hacer). Las reglas son rígidas y la independencia escasa. Los hijos de padres autoritarios tienen mayor probabilidad de ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carecen de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia, los niños se vuelven rebeldes agresivos.

Los padres permisivos se caracterizan por escaso control y mucha calidez. Imponen poca, o ninguna disciplina a sus hijos, utilizan pocos castigos, realizan pocas demandas al niño, y le permiten regular sus propias actividades. Los padres permisivos esperan que los niños tengan comportamiento maduro, aunque son poco exigentes. No establecen límites a la conducta. Fomentan la independencia y la individualidad. En algunos casos, lo/as niño/as tienden a ser impulsivos, agresivos rebeldes, así como socialmente ineptos y sin ser capaces de asumir responsabilidades. En otros casos puede ser independientes, activos, sociales y creativos. Capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

Los padres democráticos explican a sus hijos las razones del establecimiento de las normas, reconocen y respetan su individualidad, les animan a negociar mediante intercambios verbales, toman decisiones conjuntamente y promueven una comunicación abierta con ellos. Ejercen un control consensuado y aplicado con calidez. Aceptan y alientan la progresiva autonomía de los hijos. Los padres tienen una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y una elevada autoestima.

La evidencia experimental ha encontrado cómo distintos tipos de crianza de los padres y madres influyen en el correcto desarrollo de la conducta de los hijos. Los estilos autoritario y negligente se relacionan con un peor pronóstico en el desarrollo de un perfil de personalidad sano, la conducta normativa, el rendimiento escolar y ausencia de consumo de drogas (Weiss y Schwarz, 1996). El manejo familiar o estilo educativo es una de las variables que con más frecuencia se ha vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas. El estilo educativo predice el tipo de consumo de alcohol de los adolescentes. Diferencias en el estilo educativo se correlacionan con diferentes perfiles de bebida: no-bebedores, bebedores sociales, bebedores de atracón y bebedores habituales (Laghi, Lonigro, Baiocco y Baumgartner, 2013).

Una revisión sistemática de 16 investigaciones publicadas entre 1995 y 2012 acerca de la influencia del estilo familiar y el consumo de alcohol por los hijos (Čablová, Pazderková y Miovský, 2013) concluye que existe evidencia que avala el efecto protector del estilo autoritativo, que se ve modulada por otros factores individuales, sociales y ambientales

Otro trabajo que revisa las investigaciones publicadas en los últimos 30 años sobre estilos educativos y consumo de drogas por la prole (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2012) concluye que el estilo autoritativo es el más protector, mientras que el negligente es el que presenta una mayor asociación con el consumo de drogas. Los resultados de las investigaciones no permiten concluir que relación mantienen los estilos autoritario y permisivo. Los autores subrayan el papel de las demás variables familiares que contribuyen a predecir el futuro consumo de la prole. La estructura familiar, el consumo por parte de los padres, la cultura y otras variables que han sido descritas en este trabajo deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar la incidencia del estilo parental.

La interacción del estilo parental con el contexto sociocultural podría explicar las diferencias halladas en estudios transculturales. Las investigaciones realizadas en nuestro país encuentran diferencias entre el estilo y el desarrollo psico-social del menor, con respecto a los estudios anglosajones. Estas diferencias sugieren que la cultura podía modular el tipo de estilo parental óptimo. García y Gracia (2009, 2010) analizan qué estilo de socialización parental es idóneo en España midiendo el ajuste psicosocial de los hijos. Una muestra con 948 niños y adolescentes de 10 a 14 años (52% mujeres) indicaron las prácticas de socialización de sus padres. Las familias se clasificaron en una de las cuatro tipologías clásicas (autorizativa, autoritaria, permisiva o negligente) a partir de las respuestas de los hijos al PARQ/C (Rohner, 1990). Se usaron como criterios las cinco dimensiones del autoconcepto medidos por el AF5 (García y Musitu, 1999), seis indicadores de ajuste psicológico medidos por el PAQ (Rohner, 1990), tres indicadores de competencia personal y tres de problemas conductuales (Lamborn et al., 1991). Los estilos familiares autoritativo y permisivo se correspondieron generalmente con mejores puntuaciones en los criterios que los autoritarios y negligentes. Los resultados indicaron que el estilo familiar idóneo en España es el permisivo, ya que las puntuaciones de los hijos de familias permisivas siempre fueron equivalentes, o incluso mejores, que los de las familias autorizativas.

En resumen los resultados de investigación convergen en que los estilos educativos excesivamente rígidos y autoritarios y negligentes presentan una consistente relación con una peor adaptación social del menor. Los jóvenes que

pertenecen a estos grupos educativos tienen una mayor probabilidad de iniciar un consumo temprano de drogas.

3.3.2.d. Supervisión-Disciplina

La supervisión o control parental constituye “un grupo de comportamientos parentales correlacionados, que implican atención a y seguir la pista de los hijos e hijas acerca de sus lugares de salida, actividades y adaptaciones” (Dishion y McMahon, 1998 p. 61). Lejos de comportarse como un factor aislado, la supervisión es reactiva a otros factores de riesgo. Como afirman Dishion y McMahon (1998) “una positiva relación parento-filial estimula la motivación parental de monitorizar a su hijo o hija y usar prácticas de manejo de la conducta saludables”.

La escasa supervisión o un control inconsistente predice la aparición de problemas de conducta en general (Patterson y Dishion, 1985; Patterson, Reid, y Dishion, 1992) y en particular ha sido relacionada con el abuso de videojuegos y su relación con bajo rendimiento académico, (Colón de Martí, Rodríguez-Figueroa, Nazario, Gutiérrez y González, 2012; Lloret, Cabrera y Sanz, 2013), con la conducta sexual de riesgo (DiClemente et al., 2001; Kalina et al, 2013; Rodgers, 1999) o con el fracaso escolar (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999), entre otras conductas problemáticas.

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 el uso de drogas de la prole. Desde entonces, ha sido profusa la evidencia que sostiene que la escasa o inadecuada supervisión parental acerca de las experiencias, amistades, estudios, actividades de tiempo libre, etc., constituye un factor de riesgo. Los menores que perciben un mayor interés y conocimiento por parte de sus padres se ven implicados en menor grado en conductas de consumo en general (Forehand et al., 1997; Li, Feigelman, et al., 2000; Li, Stanton, et al., 2000; Rai et al., 2003; Richards et al., 2004; Soenens et al., 2006; Svensson, 2000), o en consumos particulares, ya sea de tabaco (Mott et al., 1999), alcohol (Barnes y Farrell, 1992; Webb et al., 2002), cannabis (Cottrell et al., 2003; DiClemente et al., 2001); e, incluso, chicos y chicas implicados en conductas de este tipo, disminuyeron su consumo a niveles más bajos (Steinberg et al., 1994).

Alati, et al (2010) examinaron mediante el análisis de regresión logística, si los cuidados maternos tempranos, a la edad de 5 años, predicen la aparición de patrones de bebida problemática en la adolescencia. Los autores hallaron que el castigo físico no predecía la bebida problemática en la adolescencia, sin embargo la escasa supervisión si era un factor predictor, sobre todo en madres que cambiaban de pareja. Bahr, Hoffman y Yang (2005) encontraron una relación significativa, aunque pequeña, entre la supervisión por parte de los padres y el consumo de drogas. Vermeulen-Smit et al. (2012) tras analizar los datos de 5169 escolares holandeses recogidos en la Encuesta sobre Conductas de Salud en población escolar, detectan una alta frecuencia de atracones de bebida entre los adolescentes cuyos padres ejercen menor supervisión y uso de normas. Si bien, matizan que estos resultados podrían estar influidos por la influencia de los compañeros, ya que los adolescentes bebedores presentaban una mayor probabilidad de tener amigos bebedores y de pasar más tiempo con los amigos.

En España las investigaciones más recientes apoyan la hipótesis de que la falta o escasa supervisión parental es un potente predictor del consumo de drogas en los hijos. Jiménez (2009) en una muestra de 15942 chico/as de 13 a 18 años encontró que la supervisión es, junto con la edad, el factor que mejor predice el consumo. Cuando la supervisión se refiere específicamente al consumo de drogas, actitud y conducta son dos caras de la misma moneda. Una actitud parental indiferente, o incluso a favor del consumo, se refleja en una conducta permisiva, que predice una mayor probabilidad de consumo. Becoña et al. (2013) analizaron la relación entre permisividad y consumo en una muestra de 1428 adolescentes de 11 a 19 años. Encontraron que aquellos jóvenes que percibían a sus padres más permisivos tenían más posibilidades de consumir alcohol, tabaco y cannabis.

A la vista de los resultados de investigación podemos concluir que la supervisión parental mantiene una relación inversa con el uso de drogas. Si bien la fuerza de esta relación está influida por la presencia de otros factores familiares como el afecto, el consumo, el conflicto y el estrés familiar entre otros.

PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro sociales.

3.3.- Factores Micro sociales.

3.3.1.- Escuela

3.3.2.- Familia

3.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.3.3.- FACTORES MICROSOCIALES. GRUPO DE IGUALES

La adolescencia es una etapa en la que el joven siente la necesidad de diferenciarse de su familia y desarrollar vínculos afectivos y cognitivos con otros jóvenes de su edad.

La socialización cobra gran importancia, y el adolescente se construye o se vincula a un grupo de amigos que adquiere gradualmente una mayor atracción. Las opiniones y normas implícitas del grupo son tenidas muy en cuenta por sus miembros para asegurarse la aceptación y evitar conflictos. En consecuencia, el grupo tiene capacidad para influir en las creencias, sentimientos y en definitiva en el comportamiento de sus componentes.

En este capítulo se analiza como las actitudes y el comportamiento de los amigos y compañeros predicen la propia conducta de consumo. En primer lugar se revisa la presión de grupo, entendida como la actitud y conducta del grupo ante el consumo, y por tanto factor específico de consumo. En segundo lugar se analiza el papel de los hábitos de ocio y tiempo libre en general y su relación con el consumo de drogas.

La influencia social es el proceso por el cual las actitudes, creencias y conductas de un individuo o grupo modulan las actitudes, creencias y conductas de los demás. La influencia social se ejerce a través de dos vías diferenciadas. La influencia informativa consiste en aceptar como válida la información facilitada por otras personas, porque se considera que se ajusta a la realidad. La segunda vía es la influencia normativa que explica la conformidad con un cierto comportamiento porque se entiende que ese tipo de comportamiento es el que se espera, y el no actuar de acuerdo a estas expectativas reportará de alguna manera rechazo o castigo.

Teniendo en cuenta que la edad de inicio de consumo de tabaco se sitúa en torno a los 13 años, al igual que algunos autores sitúan el inicio de la adolescencia, cabe preguntarse si la influencia de los padres en esta franja de baja-adolescencia es mayor que en edades posteriores. A medida que el adolescente crece, la influencia social de la familia decrece al tiempo que aumenta la influencia ejercida por los

compañeros. Esta transferencia del peso de la familia hacia los amigos, según nos situemos al inicio o en fases avanzadas de la adolescencia ha sido descrita por Kandel y Lesser (1972) como un proceso hidráulico, en el que el nivel de influencia de los amigos se incrementa, al tiempo que la influencia de la familia decrece. Posteriores investigaciones sobre la influencia comparada familia-grupo de iguales han llegado a las mismas conclusión (Borsari y Carey, 2001; Chasin, 1986; Lloret, Gazquez, Botella y Ferri, 2013).

Asimismo, estos resultados están en consonancia con la teoría del aprendizaje social que postula que la influencia ejercida por los modelos es mayor cuanto más próximo o semejante se percibe al modelo. En este sentido, son numerosos los estudios que evidencian una fuerte asociación con iguales consumidores y el propio consumo de drogas (Díaz y Sanabria, 1993; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Jessor y Jessor, 1977; Kandel, Davies y Baydar, 1990; Otero, Miron y Luengo, 1989).

En el ámbito que nos ocupa, el consumo temprano de drogas, la influencia de los compañeros se ejerce a través de dos principales vías. Una primera vía, que podemos denominar directa y específica, se da cuando el grupo cuenta con suficientes consumidores o si estos gozan de una posición de prestigio. Esta situación favorece el consumo a través de tres mecanismos psicosociales. Un proceso de modelado o de adquisición de conductas por imitación, la normalización y adopción de creencias y valores que favorecen el consumo y del incremento de la accesibilidad. Una segunda vía indirecta y no específica, son los hábitos de ocio asociados al consumo. Al igual que la anterior propicia un marco social que normaliza el consumo.

Por estas razones, en la presente revisión, se analizan ambos factores directamente relacionados con el grupo de compañeros: la presión de grupo y el ocio.

3.3.3.a.- Presión de Grupo

Alonso, Salvador y Suelves (2004) en su “Glosario sobre prevención del abuso de drogas”, definen presión de grupo como la influencia sobre una persona ejercida por individuos cercanos y de características similares para que adopte los comportamientos del grupo, entre los que puede incluirse el uso de drogas.

Cuando el uso de drogas está normalizado en el grupo de referencia, este adquiere una utilidad social. El hablar de drogas, comentar experiencias propias o ajenas o el propio consumo ofrece un marco social que favorece la interacción grupal y promueve la cohesión. La adherencia del grupo de iguales a la cultura de la droga fomenta la construcción de un escenario favorable al consumo (Kandel, 1978). Por consiguiente, la presión de grupo consiste en la influencia social ejercida por los iguales que anima directa o indirectamente a la experimentación o el mantenimiento del consumo de drogas. La influencia de los iguales incluye factores cognitivos, tales como la percepción de la conducta de los iguales (modelado) y las normas sobre el uso de drogas percibidas en el grupo de iguales, así como factores situacionales tales como la presión directa de los iguales y la importancia de la socialización y la conformidad en los grupos.

El factor *presión de grupo* presenta cierta similitud con el factor *percepción normativa*, descrito en el apartado 4.2.e, si bien existen claras diferencias entre ambos que conviene explicar aquí. En ambos factores influye la percepción de la prevalencia de consumo, de tal suerte que un mayor consumo percibido se asocia a una mayor probabilidad de consumo. Sin embargo, la presión de grupo se refiere a las personas cercanas o grupos de referencia. Estas personas o grupos son jóvenes que el adolescente reconoce como amigos, compañeros o iguales, de ahí su clasificación en microsociedad. Por su parte, la percepción normativa se caracteriza por su dimensión macrosociedad, es decir la creencia que tiene el adolescente acerca de la prevalencia de consumo entre la población de su misma edad o incluso entre la población general.

A los efectos del presente trabajo acotaremos la definición de presión de grupo como factor de riesgo, a la amistad o asociación con otros jóvenes que consumen drogas o la creencia de que estos aprobarán o incluso admirarán a quienes consuman drogas.

Según algunos autores (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008; Jenkins, 1996; Swadi, 1992) la influencia de los iguales es el factor con mayor impacto en la conducta de consumo de los adolescentes. La potencia del efecto de la presión de iguales en población adolescente ha sido explicada desde el modelo epidemiológico (Rowe y Rodgers, 1991) que sostiene la necesidad de comportarse de forma adaptada al entorno social.

Existe abundante evidencia que explica el efecto del control informal que ejerce el grupo de amigos en el inicio del consumo. Bricker, Rajan, Zalewski, Andersen,

Ramey y Peterson (2009) estudiaron la influencia de diversos factores de riesgo en el inicio de consumo de tabaco en una muestra de 4218 adolescentes. Los resultados evidencian que el consumo de tabaco por los amigos era el mejor predictor del inicio, por encima del consumo de los padres. Resultados similares fueron hallados en el consumo de marihuana (von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler y Wittchen, 2002) en 2446 jóvenes alemanes de 14-24 años. Las principales variables que explicaban el consumo inicial de cannabis fueron la accesibilidad y el consumo de los iguales, además de encontrar relación con una actitud favorable hacia el mismo y el uso de otras drogas ilícitas. Estos resultados han sido replicados en múltiples investigaciones que demuestran que a estas edades la influencia de los amigos es mayor que la de los padres (Agrawal, Lynskey, Bucholz, Madden y Heath, 2007; Butters, 2004; Jessor, Chase y Donovan, 1980).

La normas del grupo de amigos y el consumo por los hermanos fueron los factores que mejor predecían el consumo, según el estudio longitudinal de una muestra de 1459 adolescentes seguida durante dos años (Epstein, Bang y Botvin, 2007). Los resultados evidenciaron interacciones significativas entre las características individuales de asertividad y búsqueda de sensaciones, por una parte, y consumo por los compañeros y hermanos, por otra. Una alta asertividad hacia el rechazo, y una baja búsqueda de sensaciones menoscababan el efecto de la presión de grupo, también cuando se presentaban por separado. Otro estudio longitudinal (Fergusson, 1995) en el que estudió la asociación entre el consumo abusivo de alcohol y una serie de factores de riesgo psicosociales en 953 jóvenes de 16 años de edad, encontró que los tres factores que mejor explicaban la ingesta abusiva, eran el género masculino, el haber iniciado el consumo antes de los 14 y la presencia de compañeros que usaban drogas. La influencia de los factores familiares, sociales e individuales se vieron en parte mediados por el efecto del grupo de iguales.

En nuestro país, Espada, Pereira y García-Fernández (2008) aplicaron un modelo de regresión logística a una muestra de 536 estudiantes de ESO de una zona rural, para comparar la influencia del consumo de alcohol de los padres, hermanos y mejor amigo en la intención y en el consumo de alcohol entre adolescentes. Se observó que el consumo de estos modelos explica el consumo del adolescente, la actitud hacia la droga, la intención de consumo, la percepción normativa y la percepción de riesgo. El análisis reveló que el principal predictor para la intención y para el propio consumo de alcohol es el consumo del mejor amigo, seguido del consumo de los hermanos y del padre. Espejo, Cortés, Giménez, Martín del Río y Gómez (2012) indagaron los motivos por los cuales los estudiantes de secundaria consumían

alcohol de forma intensiva, y concluyen que lo hacen por considerarlo un facilitador de las relaciones sociales y reconocen la importancia del grupo de referencia para consumir.

En conclusión, podemos afirmar que la presión del grupo de iguales, ya sea directa a través de invitaciones explícitas al consumo, o indirecta mediante las creencias sobre como los compañeros se relacionan con las drogas, es un factor de primer orden a la hora de explicar tanto la intención de consumo, como el consumo en si mismo. Ante esta evidencia los programas de prevención, prestan especial atención al desarrollo de habilidades personales como la asertividad y la autoestima que actúan como protectores y reducen la potencia de la presión del grupo.

3.3.3.b.- Ocio

En el ocio de la juventud actual prevalece la cultura de diversión asociada a los bares, discotecas y zonas de copas como principal componente lúdico. Un modelo hegemónico para jóvenes y adultos, por resultar la opción más deseada y la vez más accesible. Un modelo que ha crecido en las últimas décadas y que sigue en expansión, en torno al cual se ha tejido una tupida red de intereses comerciales que lo controlan y potencian. Un modelo que mercantiliza el tiempo libre en torno a la cultura del alcohol, y que concibe el fin de semana como válvula de escape a la falta de aliciente e interés por la actividad laboral o escolar que se realiza de lunes a viernes. Por todo ello, resulta a primera vista un claro factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas.

Desde una perspectiva ecológica tanto humanos como animales mantienen una relación con el entorno, de tal forma que para poder explicar adecuadamente la conducta se debe analizar el medio en el que esta ocurre. En este marco teórico se acuña el término de “affordance” para explicar las propiedades del entorno que promueven o sugieren ciertas acciones y dificultan otras. La teoría de Gibson argumenta que el diseño del entorno consiste en un elemento manipulador de la conducta y la motivación. Foxcroft (2011) utiliza la descripción de un normal escenario de un bar de copas para explicar la teoría ecológica aplicada al consumo de alcohol.

“Entro en un bar y pido una cerveza. No hay vasos pequeños y me ofrecen una pinta. Tampoco hay mesas en las que dejar el vaso, por lo que tengo que tener el

vaso en la mano. La música está fuerte y no es fácil hablar con mis amigos. Hace calor, y mi cerveza se calentará si no me la bebo rápido. En este escenario, las affordances (1) un gran vaso de cerveza (2) mantener el vaso en la mano (3) la dificultad para charlar entre trago y trago y (4) la temperatura, dirigen la conducta a beber más cantidad y más rápido. Este escenario es típico en los bares de copas (vertical drinking establishments) en los que su diseño se manipula para fomentar el consumo masivo de alcohol “.

Desde la perspectiva microsocial, en la medida que los amigos y compañeros prefieran este tipo de ocio frente a otras actividades no relacionadas con el alcohol supondrá un factor de riesgo. Diversos autores coinciden en identificar el interés por asistir a fiestas con los amigos y frecuentar zonas de copas como un factor de riesgo (Calafat, 2004; Navarro, 2000). Otros proponen que la participación en actividades culturales supone un factor de protección (Recio et al., 1989).

Sería injusto no reconocer las funciones y beneficios interpersonales que facilita este modelo de ocio: favorece la socialización, ofrece la oportunidad de escuchar música y bailar en espacios comunes, facilita los encuentros sexuales... si bien no es el único entorno social que ofrece estas ventajas. Son varios los autores que afirman que los jóvenes que han experimentado consumos esporádicos de drogas presentan una mejor socialización (Parker 2003; Shedler y Block, 1990).

Cabe destacar aquí el papel de las subculturas urbanas, que desarrollan una estética propia y diferenciadora a través de estilos de moda, gustos musicales y diseño de ambientes exclusivos. Estos grupos, llamados tribus urbanas, generan un potente atractivo cultural en el adolescente, se erigen líderes e ídolos, se relatan historias y leyendas, se celebran actos y liturgias propias y se fraguan unos valores que definen al grupo en el marco de la subcultura elegida. Con estos componentes se construyen potentes subculturas que cohesionan a los grupos, que refuerzan la identidad del grupo y conceden un significado existencial a los jóvenes que participan en él. A menudo, estas subculturas eligen una sustancia como droga cultural de preferencia, por ejemplo, el éxtasis se asocia con la música de baile los clubbers, el cannabis con la música reggae y los alucinógenos con la cultura hippy...

Con el fin de comparar la vida recreativa nocturna como predictor del uso de drogas, con otros factores de riesgo y protección tradicionales Calafat et al. (2007) entrevistaron un total de 806 jóvenes en espacios recreativos nocturnos en cuatro ciudades españolas. Los autores clasificaron correctamente más de 9 de cada 10 sujetos a partir de una selección de 14 factores de riesgo y protección. Las variables

relativas a la vida recreativa fueron tan buenas como los predictores tradicionales. Concluyen la necesidad de estudiar en profundidad todo lo referente a los estilos recreativos nocturnos como determinantes del consumo de drogas y tenerlos en cuenta para la prevención.

Una revisión sistemática de 34 estudios realizados en 9 países ha analizado la influencia de las características de los ambientes y locales de ocio nocturno en el consumo de alcohol y los daños asociados (Hughes et. al. 2010). Los estudios identifican un amplio espectro de elementos físicos, factores sociales y características del personal empleado que se relacionan con altos niveles de consumo y daños como consecuencia del mismo. Los factores que aparecen particularmente relevantes son la permisividad de conductas indecorosas, el ruido, el tumulto, la masificación, la higiene insuficiente, el bajo precio, música alta y personal poco profesional.

En España, entre las tendencias de esparcimiento de la cultura recreativa nocturna, destaca el “botellón”. Un fenómeno que en los últimos años ha cobrado especial protagonismo, no sólo por la amenaza que supone para la convivencia vecinal, sino por haberse definido como un espacio vivencial asociado a consumos excesivos de alcohol en atracón. Los estudios sobre consumo de alcohol en población juvenil española demuestran la tendencia expansiva y la popularización del consumo en botellón los fines de semana (Calafat, 2007; Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2007b; Moral, 2007; Calafat, Juan, Becoña, Castillo, Fernández, Franco, Pereiro y Ros, 2005; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Gómez-Fraguela, Fernández, Romero y Luengo, 2008).



PARTE I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTADO DEL PROBLEMA.

2. TEORÍAS.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO.

3.1.- Marco conceptual.

3.2.- Factores Macro sociales.

3.3.- Factores Micro sociales.

4.3.1.- Escuela

4.3.2.- Familia

4.3.3.- Grupo de iguales.

3.4. Factores Individuales



3.4.- FACTORES INDIVIDUALES

Desde una perspectiva individual, la adolescencia es un periodo de profundos cambios cognitivos, sociales y neuronales.

El adolescente busca su identidad comparándose con los modelos culturales y con su grupo de pertenencia, con el que crea intensos lazos de apego. Se define a si mismo reivindicando su libertad, adoptando una postura crítica ante la norma y desarrollando sentimientos de atracción hacia lo desconocido y lo prohibido. A nivel neuronal, la inmadurez de los lóbulos frontales dificulta el control de los impulsos procedentes del sistema límbico.

La inestabilidad emocional, la activación social y las características neuronales establecen sinergias cuyo resultado es una alta activación (arousal) y una fuerte emotividad. Bajo estas condiciones el adolescente toma decisiones en caliente, y por lo tanto menos razonadas, que les llevan a cometer conductas de riesgo a pesar de conocer el peligro que suponen, y ser capaces de razonar sobre el balance de coste beneficio.

Todo ello hace de la adolescencia una etapa convulsa y vulnerable, con definidas características psicológicas, necesarias para un sano crecimiento a la vez que aumentan la probabilidad de cometer conductas de riesgo. En este apartado se clarifican aspectos conceptuales y se revisan los resultados de las investigaciones sobre estas características: la impulsividad, la socialización, la autoestima, la búsqueda de sensaciones y la percepción del riesgo.

En anteriores apartados se ha analizado como los diversos contextos y agentes sociales influyen en las actitudes y conductas individuales de consumo de drogas. Tales influencias sociales se expresan al converger en el individuo, que se caracteriza por un perfil psicológico único. El resultado de la interacción de las características personales con las influencias del ambiente social produce una singularidad, clave para explicar la diversidad de respuestas ante una misma situación ambiental o contexto social. Contra todo pronóstico, individuos que proceden de familias desestructuradas, residentes en comunidades desfavorecidas en las que se dan altas tasas de consumo y delincuencia, llegan a ser exitosos y contribuyen positivamente a la sociedad. Condiciones familiares y sociales que aparentemente condenan al fracaso social, son a menudo superadas gracias a la

capacidad del menor no sólo de afrontar los acontecimientos estresantes y adversos, sino también de interpretarlos y obtener de ellos la fuerza motivadora que le impulsa a superarse.

La importancia de los factores individuales se pone de manifiesto a través del concepto de resiliencia, definida como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas. Munist et al (1998) sostienen que la resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es a menudo imperceptible, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción. Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, se deduce que la resiliencia nunca es absoluta, ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes no son resilientes de una manera permanente. Incluso quien demuestre una mayor fortaleza ante las adversidades, no está libre de tener altibajos y sentirse desesperanzado cuando la presión alcanza niveles altos. Las teorías que explican el inicio del consumo de drogas desde un enfoque bio-psico-social identifican una serie de factores psicológicos que residen en el sujeto. Si bien todos ellos tienen una implicación social, en tanto que adquieren significado al contextualizarlos en la interacción del individuo con su entorno social. En otras palabras, no es posible concebir los factores personales como una categoría independiente y autónoma de las demás.

Dentro de las características psicológicas, es preciso destacar los trastornos de salud mental. La comorbilidad, morbilidad asociada o patología dual referida al consumo de drogas son términos que describen la presencia de una patología mental concurrente con el consumo. La interacción de ambas entidades, consumo y psicopatología, agrava recíprocamente la evolución de ambas, por lo que se considera un factor de riesgo. Algunos de los problemas que presentan los pacientes duales son: menor cumplimiento terapéutico; mayor tasa de recaídas y hospitalizaciones; aumento de la agresividad (hacia sí o hacia otros); mayor incidencia de problemas legales y sociales (menor apoyo sociofamiliar, desempleo, vagabundeo,...); inicio más temprano de la enfermedad mental y adopción de roles sociales marginales, entre otros. La prevalencia de psicopatología en la población general infanto-juvenil es considerable, los estudios sitúan las tasas entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad; entre el 4-14% para la depresión; y en torno al 12% para los trastornos del desarrollo (Aláez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez Bernardos, Bersabe y Montsalve, 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, 1996; Mogaz Lago, García Pérez y del Valle Sandín, 1998; Subira, Obiols, Mitjavila, Cuxart y Domenech Llavería, 1998). En población

clínica, la prevalencia de consumo de drogas entre sujetos con trastornos mentales graves es alto, los estudios establecen tasas de prevalencia del 25 al 80 por ciento entre usuarios de los servicios mentales (Todd, Sellman y Robertson, 2002). El consumo de cannabis entre pacientes psicóticos es un claro ejemplo. Su prevalencia es más elevada que en población general, a pesar de estar asociado a un incremento de los síntomas psicóticos (Linszen, 1994; Caspari, 1999). Green, Young y Kavanagh (2001) tras revisar 53 estudios y concluyen que el 23% de los pacientes psicóticos usan cannabis, mientras que el 11,3% abusan.

El fenómeno de la patología dual es de crucial importancia en el abordaje clínico y preventivo del consumo de drogas. Por ello es preciso enunciarlo, siquiera someramente ya que no es interés del presente trabajo profundizar en su estudio. Teniendo en cuenta que el objetivo principal del presente trabajo es la elaboración de una escala de detección precoz del riesgo de consumo dirigida a la población general. La inclusión de una batería de ítems específicos dirigidos a detectar psicopatología habría complicado en exceso el instrumento.

Desde la perspectiva de la personalidad, identificar un perfil capaz de predecir el consumo sería un gran aporte para los modelos teóricos y un avance en la detección e intervención precoz. Animados por este objetivo teórico-práctico, varios estudios han buscado los rasgos de personalidad que correlacionan significativamente con el consumo de drogas (Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring y Bohman, 1988; Inglés et al. 2007; Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu y Costa, 2008). La estructura de personalidad propuesta por Cloninger (1987) que usa como instrumento de medida el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad, y la propuesta por Eysenk (Eysenk, Eysenk y Barret, 1985) que utiliza el Cuestionario de Personalidad de Eysenk, han sido utilizados por Sher, Bartholow y Wood (2000) para investigar la relación entre temperamento y consumo de drogas. Estos autores encuentran relaciones transversales y prospectivas entre las puntuaciones de las escalas y el consumo de drogas. Otros estudios han llegado a conclusiones similares al utilizar el Modelo de los 5 Grandes. Los rasgos relacionados con un mayor consumo de drogas han sido “neuroticismo” y “apertura a la experiencia”. Mientras que el rasgo “responsabilidad” ha sido identificado como un factor protector (Benotsch, Jeffers, Snipes, Martin y Koester, 2013; Malouff, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007; Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu y Costa, 2008). El meta-análisis de 175 estudios de 1980 a 2007, concluye que el consumo de drogas tiene una mayor relación con “extraversión” y baja puntuación en “amabilidad” y matiza la fuerza de la relación con “neuroticismo” (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010). Sin embargo, otros

autores sostienen que la investigación sobre un perfil relacionado con la vulnerabilidad del consumo de drogas no es concluyente (Sánchez y Berjano, 1996).

La relación entre los rasgos de personalidad con el consumo de drogas y otras conductas de riesgo ha sido analizada desde diferentes diseños de investigación. En primer lugar, desde una aproximación observacional los resultados de los estudios de prevalencia permiten concluir la existencia de una relación entre la presencia de ciertos rasgos de personalidad y la probabilidad de aparición o agravamiento de la conducta (Calvete y Estévez, 2009; García y Carrasco, 2003; Hittner y Swickert, 2006; Sargent, Tanski, Stoolmiller y Hanewinkel, 2010; Solowij et al. 2012). La principal ventaja de este tipo de estudios es el poder analizar grandes tamaños muestrales. Entre estos, los más abundantes son los estudios transversales cuya principal limitación es que no permiten concluir la dirección de la relación. Dentro de los estudios epidemiológicos observacionales, los estudios de cohortes o longitudinales, constituyen el modelo más robusto para hacer inferencias causales.

Otra estrategia de investigación que ha demostrado utilidad para analizar la influencia de los rasgos de personalidad en la comisión de conductas de riesgo, y concretamente en el consumo de drogas, es el diseño experimental. Las investigaciones sobre la eficacia de intervenciones dirigidas a modificar factores personales han aportado evidencia sobre su papel en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas y otras conductas de riesgo. El equipo de investigación de Castellanos y Conrod (2006) ha desarrollado "Preventure" una intervención cognitivo-conductual dirigida a modificar rasgos de personalidad como "pensamiento negativista", "ansiedad", "impulsividad" y "búsqueda de sensaciones" que se ha mostrado efectiva en la reducción del consumo de alcohol en adolescentes.

En este apartado se analiza la evidencia empírica que apoya la relación entre factores individuales y el consumo temprano de drogas, con el fin de construir una argumentación lo más sólida posible, que justifique la estructura de la escala de detección precoz del riesgo. En consecuencia, en este apartado se revisan 6 factores individuales que han sido profusamente investigados: Impulsividad, Búsqueda de sensaciones, Habilidades sociales, Asertividad, Autoestima y Percepción del riesgo.

3.4.a.- Impulsividad

La impulsividad es la incapacidad para ejercer un autocontrol efectivo sobre el comportamiento ante señales que anuncian recompensa o castigo (Stewart et al., 2004; Woicik, Stewart, Phil y Conrod, 2009). Implica dificultad para reflexionar sobre

las consecuencias futuras de la propia conducta (Evenden, 1999). En consecuencia, el estilo impulsivo se caracteriza por considerar pocas alternativas de solución de los problemas, aceptar sin reflexionar la primera idea que viene a la mente y no valorar, o hacerlo de forma poco cuidadosa, las consecuencias de estas soluciones (D'Zurilla, Chang y Sanna, 2003).

Desde que en 1983 Zuckerman relacionara la impulsividad con la comisión de conductas desviadas, entre ellas el consumo de drogas, su estudio como factor de riesgo ha recibido un importante atención. La impulsividad como factor asociado al consumo de drogas ha sido objeto de estudio tanto desde la perspectiva biológica, como la psicológica. En este apartado se revisan algunos trabajos que investigan tal asociación.

La impulsividad es un concepto complejo que resulta difícil definir como un constructo unitario. Ha sido relacionada, incluso identificada, con diferentes dimensiones psicológicas como la desinhibición, la urgencia, la búsqueda de novedades, la búsqueda de sensaciones (Michalczuk et al., 2011; Stewart et al., 2004; Zuckerman et al., 1993), dificultad en la atención sostenida (Patton, Standord y Barrat, 1995), la falta de planificación y perseverancia (Michalczuk et al., 2011; Whiteside et al., 2001). En este sentido, las escalas de medida de la impulsividad incluyen varios factores que denotan su riqueza conceptual. Por ejemplo, Ramos et al. (2002) diseñan la Escala de Control de Impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC), compuesta por cuatro factores: Impulsividad, Inmediatez, Imposición y Riesgo. La clásica Escala de Impulsividad de Barrat (Patton, Standord y Barrat, 1995), incluye 3 factores: Impulsividad atencional, Impulsividad motora, e Impulsividad no planeada. La estructura factorial de la Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik y, van Praag, 1989) se compone de 4 factores: Autocontrol: capacidad de esperar o retrasar la acción; Planificación: capacidad de pensar en las consecuencias de los actos; Fisiológico: hace referencia a conductas alimentarias y sexuales, y Espontáneo: se refiere a la conducta irreflexiva y descontrolada.

Desde la perspectiva neurobiológica, la vulnerabilidad al consumo de drogas mantiene una estrecha relación con las bases neurobiológicas de la impulsividad. El control de la conducta impulsiva reside en el cortex prefrontal y su actividad se ha visto alterada en sujetos adictos. La hipoactividad del lóbulo frontal hallada en sujetos adictos explicaría su menor control de la conducta (Crews y Boettiger, 2009; Jentsch y Taylor, 1999; Perry et al. 2011). El cortex prefrontal es la principal área de control de las funciones ejecutivas, entre las que se incluyen el pensamiento abstracto, la planificación, la atención y la inhibición de las respuestas impulsivas.

Por lo que su mal funcionamiento tiene como consecuencia una impulsividad disfuncional, que produce déficit de atención, escasa capacidad de reflexión y falta de sensibilidad ante las consecuencias de la conducta, todas ellas características propias de la adicción.

La impulsividad es un factor de vulnerabilidad en cada una de las diferentes fases de inicio y mantenimiento del consumo de drogas (Perry y Carroll, 2008). La presencia de un rasgo de personalidad impulsiva en preadolescentes todavía no consumidores, predice el posterior consumo abusivo de alcohol. Cloninger, Sigvardsson y Bohman (1988), llevaron a cabo un estudio longitudinal con chicos de 11 años a los que volvieron a evaluar a la edad de 27 años. Encontraron que el inicio en el abuso de alcohol aparecía relacionado con patrones de comportamiento típicos del estilo impulsivo: una baja predisposición a evitar estímulos aversivos y una alta dependencia a ser recompensado, además de un alto grado de búsqueda de novedades. Seis años después Wills, Vaccaro y McNamara (1994) repitieron el estudio observando el consumo de otras drogas, y encontraron que el grupo de estudiantes que presentaban mayores niveles de consumo de sustancias eran aquellos que se caracterizaban por un pobre auto-control, un nivel alto de búsqueda de novedades, la realización de muchas conductas de riesgo, el enfado, la independencia, la tolerancia a la desviación y el afecto negativo.

Estudios sobre el consumo de alcohol han hallado que la impulsividad evaluada en la adolescencia predice un patrón de abuso en la vida adulta (Allen, Moeller, Rhoades y Cherek, 1998; Case, 2007; Chassin, Flora y King, 2004; Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring y Bohman, 1998) y conducción bajo los efectos del alcohol (Treloar, Morris, Pedersen y McCarthy, 2012). Adan (2012) exploró las posibles diferencias entre estudiantes universitarios voluntarios con patrón de consumo intensivo de alcohol (CIA) y no consumidores de alcohol en las dos dimensiones de impulsividad del modelo de Dickman. Las puntuaciones de impulsividad disfuncional fueron superiores en el grupo CIA que en el control, mientras que no se observaron diferencias en la impulsividad funcional. La impulsividad disfuncional se considera ya un marcador de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos adictivos, juego patológico y otras adicciones conductuales, así como conducta agresiva y antisocial.

La impulsividad es un buen predictor del consumo de éxtasis (García-Portilla, Sáiz, Paredes, Martínez, Bobes, 2003; Roderique-Davies y Shearer, 2010), psicofármacos estimulantes (Lookatch, Dunne y Katz, 2012) y ansiolíticos (McLarnon, Monaghan, Stewart y Barrett, 2011), cannabis (Solowij et al., 2013) y cocaína (Fernández-

Serrano, Perales, Moreno-López, Santos-Ruiz, Pérez-García y Verdejo, 2012). Kvaavik y Rise (2012) analizaron mediante un estudio de cohortes con seis años de seguimiento, 1999-2005, el papel que juega la impulsividad en el inicio y el abandono del consumo de tabaco. El inicio de fumar está asociado a valores altos de impulsividad, mientras que dejar de fumar se relaciona con niveles altos de educación, pero no con la impulsividad.

Un paradigma experimental utilizado para estudiar la impulsividad, es la comparación en tareas de toma de decisión entre una recompensa pequeña inmediata y una recompensa mayor demorada, entre un grupo de individuos con historia de consumo de drogas y otro compuesto por individuos que no habían tomado droga. Los primeros prefirieron la recompensa pequeña inmediata, lo que los autores interpretan como una menor tolerancia a la demora en el refuerzo (Allen, Moeller, Rhoades y Cherek, 1998).

En nuestro país, Calvete y Estevez (2009) encontraron, en una muestra de 657 estudiantes de bachillerato de 16 años, que el estilo impulsivo medido con el Cuestionario Revisado de Resolución de Problemas- Forma reducida (SPSI-R Short Form; D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998), moderaba la asociación entre estresores y consumo. En concreto, cuando la impulsividad es alta la relación entre estresores y consumo es menor, ya que con independencia del número de estresores estos adolescentes tienden a presentar consumo mayor, mientras que cuando el estilo es poco impulsivo son únicamente los adolescentes sometidos a muchos estresores los que presentarían consumo alto.

Al analizar las puntuaciones del DUSI-R en una muestra de 516 estudiantes de secundaria y bachillerato de seis de las principales ciudades de México mediante regresión logística y un modelo de ecuaciones estructurales, Díaz Negrete, B. y García-Aurrecochea, R. (2008) identificaron cuatro principales factores predictivos del consumo de sustancias ilícitas: el bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, los compañeros desviantes, la exposición a situaciones familiares de conflicto y violencia y el consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar.

En conclusión, los trabajos revisados coinciden en subrayar la importancia de la impulsividad como factor clave en los modelos teóricos de los procesos de inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

3.4.b.- Búsqueda de sensaciones

La curiosidad por lo desconocido y el espíritu crítico ante la norma marcan la personalidad del adolescente, que en la búsqueda de su propia identidad se asoma a la frontera de lo convencional y se siente atraído por las nuevas experiencias. La búsqueda de sensaciones definida como la necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1979), responde a las inquietudes del adolescente y ha suscitado un gran interés en aras a explicar la génesis del consumo de drogas, y ha recabado un sólido apoyo empírico.

La implicación de la búsqueda de sensaciones en la etiología de las conductas de riesgo en general, y en concreto del consumo de drogas, tiene un soporte neuropsicológico. El núcleo accumbens es una de las estructuras del sistema límbico, que procesa información relativa a la motivación y a la recompensa. Los estudios de neuroimagen han mostrado que el núcleo accumbens es altamente sensible en la adolescencia, y su actividad genera potentes impulsos que elicitán la respuesta cuando el individuo se expone a estímulos deseables (Gardner y Steinberg, 2005). Entre los cambios que se producen en el cerebro adolescente destaca el incremento de los receptores de estrógenos y testosterona en el sistema límbico, que no sólo están relacionados con la excitación sexual sino también con la volatilidad e impulsividad emocional. Además, se ha detectado una reducción de la dopamina, un neurotransmisor fundamental en el circuito de placer (López, Schwartz, Prado et al., 2008). Como propone el modelo de la automedicación (Khantzian, 1985), un bajo nivel de dopamina podría explicar la necesidad de algunos individuos por mantener un nivel óptimo de arousal mediante la ingesta de drogas.

Estos cambios explicarían por qué los adolescentes requieren un mayor nivel de estimulación para alcanzar niveles de placer/recompensa satisfactorios, lo que se relaciona con una mayor presencia de conductas de búsqueda de nuevas sensaciones y toma de decisiones arriesgadas. En este sentido, el Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP) del SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) afirma que los adolescentes son más vulnerables que cualquier otro grupo de edad en el desarrollo de una adicción a la nicotina, alcohol o cualquier otra droga porque las regiones cerebrales que gobiernan el impulso y la motivación todavía no se encuentran completamente formadas (Carls, 2004).

Desde una aproximación cognitiva, la relación entre valores altos en el rasgo de búsqueda de sensaciones y la ejecución de conductas de alto riesgo puede responder a dos explicaciones compatibles entre sí. Por una parte, podría estar mediada por una valoración diferencial de la recompensa. Es decir, los altos buscadores de sensaciones valorarían más, que los bajos buscadores de sensaciones, las consecuencias deseables de la conducta de riesgo, frente a las consecuencias indeseables de esa misma conducta. Por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección, se valoraría más la excitación sexual que la probabilidad de un embarazo o de contraer una enfermedad; en juegos de azar, la probabilidad de obtener una ganancia hace que valga la pena la inversión; los efectos fisiológicos de la adrenalina superan el temor al riesgo de accidente en los amantes de los deportes de riesgo; la euforia compensa las demoradas y sólo probables consecuencias negativas del consumo de drogas; el viento en la cara y conducir sin casco, etc. De tal forma que tras evaluar el beneficio esperado, le compensa el riesgo asumido. Lookatch, Dunne y Katz (2012) sostienen que el uso de psicofármacos estimulantes sin prescripción médica se relaciona con una alta puntuación en búsqueda de sensaciones y una alta expectativa positiva de las consecuencias del consumo. Una segunda explicación resulta de considerar la existencia de un sesgo optimista a la hora de valorar el riesgo, de manera que los altos buscadores de sensaciones calculan un menor riesgo o consideran que tiene un mayor control sobre las posibles consecuencias negativas de la conducta (Horvath y Zuckerman, 1996). Ambos razonamientos pueden actuar a la vez y reforzar la conducta de riesgo.

La concepción original del constructo Búsqueda de Sensaciones incluye 4 factores que surgieron al rotar las cargas factoriales: “Emoción y aventura”, “Experiencias”, “Desinhibición” y “Susceptibilidad al aburrimiento” (Zuckerman, 1971) y dio lugar a la Sensation Seeking Scale (SSS), más tarde SSS-V (Zuckerman et al. 1978). La escala SSS fue adaptada a la población juvenil española (Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes - EBS-J) manteniendo su estructura original en cuatro subescalas: Búsqueda de emociones (BEM), Búsqueda de excitación (BEX), Desinhibición (Des) y Susceptibilidad al aburrimiento (SAB). Consta de 50 ítems, 10 por cada una de las cuatro subescalas (Búsqueda de Emociones, Búsqueda de Excitación, Desinhibición y Susceptibilidad al Aburrimiento), más 10 ítems de la escala de Sinceridad. (Perez y Torrubia, 1986 ; Perez, Ortet, Plá y Simó, 1987). A pesar de que la escala original de Zuckerman compuesta por 40 ítems, 10 para cada subescala, se ha mantenido hasta nuestros días, posteriormente se han propuesto nuevas concepciones. La necesidad de escalas más cortas que ofrecieran una medida más económica, y que pudieran integrarse mejor en amplias baterías para evaluar un mayor número de factores de riesgo,

impulsó la investigación de nuevos instrumentos. En consecuencia, la estructura factorial del constructo Búsqueda de Sensaciones fue también revisada.

La Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS) es una escala de 20 ítems que enfatiza las dimensiones de “Novedad” e “Intensidad” como los componentes básicos del constructo (Arnett, 1994). La autora en sus estudios de validación encontró que la AISS se asociaba más fuertemente a la conducta de riesgo que la Escala de Zuckerman (SSS). Russo y colaboradores (1993) revisaron la escala de Zuckerman para niños (Sensation Seeking Scale for Children - SSSC) en una muestra de 660 escolares y 168 niños diagnosticados. El análisis factorial arrojaba 3 únicos factores: los originales “Búsqueda de Emociones y Aventuras” y “Deshinibición”, más un nuevo factor: “Actitud hacia las drogas y el alcohol”.

Han transcurrido 40 años desde que Zuckerman propusiera su escala SSS. En general, la investigación posterior ha avalado la estructura factorial original. Hoyle et al. (2002) proponen una versión abreviada (Brief Sensation Seeking Scale – BSSS), en la que cada factor es evaluado por dos ítems, por lo que la escala se reduce a 8 ítems.

La asociación entre búsqueda de sensaciones e impulsividad es evidente, ante una actividad o experiencia excitante, las personas impulsivas son más propensas a realizarla sin valorar las consecuencias. De esta forma ambas características de la personalidad se refuerzan mutuamente y producen una sinergia al hallarse en una misma persona. Hovarth y Zuckerman (1996, 27) lo explican así: “La impulsividad y la búsqueda de sensaciones están moderadamente relacionadas y juntas comprenden uno de los tres extensos factores de la personalidad, llamado Búsqueda de Sensaciones Impulsiva Asocializada (Impulsive Unsocialized Sensation Seeking – ImpUSS) (Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988; Zuckerman, Kuhlman, Thornquist y Kiers, 1991). La escala P de Eysenck (Psicoticismo) fue un excelente marcador para esta dimensión en ambos estudios. Dada la relación entre búsqueda de sensación e impulsividad cabría esperar que ambas predijeran la valoración de riesgo y la conducta de riesgo, pero una puede ser primaria y la otra secundaria en la predicción.”

La investigación de la búsqueda de sensaciones como predictor de las conductas de riesgo en general, y del consumo de drogas en particular, es cuantiosa. No es el objetivo de este trabajo hacer una detallada revisión, que haría interminable este apartado dedicado a los factores de riesgo. De los estudios encontrados, nos

limitaremos a comentar los de metodología longitudinal y el metanálisis de Hittner y Swickert, por considerarlo de mayor capacidad explicativa.

Cloninger, Sigvardsson y Bohman (1988), llevaron a cabo un estudio longitudinal con 431 chicos de 11 años a los que volvieron a evaluar a la edad de 27 años. Encontraron que el inicio en el abuso de alcohol aparecía relacionado con un alto grado de búsqueda de novedades, una baja predisposición a evitar estímulos aversivos y una alta dependencia a ser recompensado. Este estudio ha sido posteriormente replicado por Wills, Vaccaro y McNamara (1994) que, evaluando otras sustancias, encontraron que el grupo de estudiantes que presentaban mayores niveles de consumo de sustancias eran aquellos que se caracterizaban por un pobre auto-control, un nivel alto de búsqueda de novedades, la realización de muchas conductas de riesgo, el enfado, la independencia, la tolerancia a la desviación y el afecto negativo.

Otro estudio longitudinal (Sargent, Tanski, Stoolmiller y Hanewinkel, 2010) midió los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en una muestra de 6522 adolescentes tempranos. La presencia del rasgo búsqueda de sensaciones resultó ser buen predictor del inicio de consumo de tabaco, aunque sólo predijo moderadamente los atracones de alcohol.

Hittner y Swickert (2006) realizaron un meta análisis de 61 investigaciones para determinar la asociación entre el uso de alcohol y la búsqueda de sensaciones. El resultado general fue moderado. Al analizar cada uno de los cuatro factores que componen la escala SSS por separado, comprobaron que la desinhibición fue el factor que más fuertemente se asoció al consumo de alcohol.

También en España la investigación sobre el rasgo de personalidad “búsqueda de sensaciones” ha sido cuantiosa y los resultados son coherentes con los anteriormente descritos, encontrándose una correlación positiva con el consumo de alcohol (Cárdenas y Moreno-Jiménez, 1989), el alcohol y el tabaco (Del Barrio y Alonso, 1994) y drogas ilegales, destacando los estimulantes (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Sáiz et al., 1999, 2001)

En cuanto a las investigaciones que se han centrado en todas o alguna de las dimensiones de la búsqueda de sensaciones, destacan los estudios de Luengo, Otero-López, Romero y Gómez, (1996), que encontraron que esta variable correlacionaba con el consumo de drogas legales e ilegales, tanto en la escala total como en las subescalas de desinhibición y búsqueda de experiencias, siendo la

correlación mayor en ambos sexos en la subescala de desinhibición. Teniendo en cuenta las etapas de adicción a las drogas, los resultados mostraron como la desinhibición influía en el inicio del consumo y en el aumento de la dosis y la búsqueda de experiencias en la escalada en el uso/abuso de drogas legales al consumo de drogas ilegales. En resumen, la búsqueda de sensaciones aparecía asociada, no solamente con uso de sustancias en un momento dado, sino con la progresión o escalada de dicho consumo a otro tipo de sustancias más peligrosas.

Sáiz y cols. (1999), analizando las distintas subescalas de la escala SSS, hallaron que los sujetos que nunca habían consumido drogas mostraban puntuaciones significativamente menores en la subescala de búsqueda de emoción y aventuras y en la subescala de susceptibilidad al aburrimiento que los sujetos que habían consumido alguna vez sustancias ilegales. Por otra parte, los sujetos que nunca habían consumido puntuaban significativamente menos en la subescala de nuevas experiencias y desinhibición en comparación con el grupo de sujetos que habían consumido alguna vez drogas legales.

En el estudio de Graña y Muñoz-Rivas (2000), el modelo que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales, fue el conformado por la presencia de comportamientos antisociales, la desinhibición, la sinceridad y la búsqueda de excitación como facetas de la búsqueda de sensaciones. No obstante, ninguna otra dimensión de la búsqueda de sensaciones resultó significativa en la predicción del consumo de drogas.

Otros autores (Bobes, 2002; Del Barrio y Alonso-Sanz, 1994; Luengo, Mirón y Otero, 1990; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Sainz, 2001) también encontraron diferencias en el factor búsqueda de sensaciones entre adolescentes consumidores y no consumidores. Marcándose mayores diferencias a medida que se agrava el consumo.

En conclusión, la abundante literatura permite afirmar que la búsqueda de sensaciones, como rasgo de personalidad previo, muestra una robusta asociación a un posterior uso/abuso de drogas en poblaciones adolescentes, bien sea considerada como constructo total o en alguna de sus dimensiones. Algunos autores lo han considerado como el mejor predictor del consumo (Jaffe y Archer, 1987).

3.4.c.- Habilidades sociales

La definición de la conducta socialmente habilidosa encierra cierta complejidad. Determinar si una conducta es socialmente hábil implica un juicio social, en el que intervienen factores contextuales, las características sociodemográficas del actor, el interés u objetivo de la conducta, el marco cultural, entre otros aspectos a considerar. Tal variabilidad impide que se pueda adoptar un criterio absoluto que identifique una manera universalmente correcta de comportamiento social (Caballo, 2007).

Ballester y Gil (2002, 12) definen las habilidades sociales como la capacidad de expresar los sentimientos propios y/o intereses de una forma tranquila consiguiendo que se tengan en cuenta las demandas y se minimice la probabilidad de futuros problemas en diferentes situaciones debido a un amplio conocimiento de los modos de expresión socialmente aceptados. Estos autores sostienen que para definir un comportamiento como socialmente competente hay que considerar tres conceptos. El primero es el consenso social, el carácter social implica un juicio social sobre el comportamiento. Por lo tanto el consenso social estará en función del grupo social que lo juzga. El segundo concepto es la efectividad, que hace referencia a que el comportamiento es competente en la medida que conduce a la obtención de aquello que se propone. Por último, el carácter situacional, en tanto que una conducta puede ser adecuada en un contexto y no serlo en otro.

Van Hasselt (1979) matiza que la definición de HHSS responde a tres criterios básicos: la especificidad situacional, el objeto del juicio es la conducta verbal y no verbal, y por último la habilidad social requiere que la conducta no cause daño.

A pesar de la ausencia de consenso técnico sobre la definición de habilidad social, socialmente se entiende como un conjunto de conductas verbales y no verbales que convenientemente empleadas hacen que el individuo se desenvuelva con éxito en sociedad.

Asertividad.

En el conjunto de habilidades sociales, la asertividad ocupa un papel predominante y merece una consideración aparte. Algunos autores la identifican como el indicador más característico de las habilidades sociales. Ruiz Trivino (2009) llega a afirmar que enseñar habilidades sociales es enseñar asertividad. La asertividad es la capacidad para expresar lo que se cree, piensa y siente de manera

directa y clara en un momento oportuno. Es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios puntos de vista sin negar la de otros. Así mismo, se puede decir que la asertividad es la capacidad de poner límites y de mantenerlos, es un estilo de comportamiento que permite actuar pensando en el bienestar propio, ejerciendo los derechos de uno y respetando a la vez los derechos de los demás. La asertividad ha sido considerada como la expresión de la autoestima (Castañer, 1996) y se relaciona con la autoeficacia (Aluicio y Revellino, 2010) y con la habilidad para rechazar una oportunidad de consumo brindada por el grupo de iguales.

La indisolubilidad de los conceptos de habilidades sociales y asertividad se hace patente en los instrumentos de medida, que constituyen una única categoría, imposible de diferenciar. Caballo (2007) en su “Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales” describe 16 instrumentos (escalas, cuestionarios o inventarios) de autoinforme de la habilidad social que evalúan conductas motoras y componentes cognitivos. Prácticamente todos miden asertividad, algunos incluso se denominan escalas de asertividad. Con independencia de si el instrumento se define como medida de HHSS o de asertividad, los factores que incluyen con mayor frecuencia son: 1. Rechazo de peticiones, capacidad para decir no, expresar desacuerdo; 2. Expresión de limitaciones personales; 3. Iniciación de contactos sociales; 4. Aceptar y hacer cumplidos; 5. Temor a la evaluación negativa; 6. Expresión de sentimientos positivos, expresar aprecio; 7. Empatía, preocupación por los demás, defensa de los derechos de los demás; 8. Recibir críticas, y 9. Hablar en público.

Los diseñadores de programas de prevención han tenido en cuenta la relación entre HHSS/asertividad y consumo a la hora de componer intervenciones dirigidas a entrenar la toma de decisiones y las habilidades de rechazo. Es por lo tanto frecuente encontrar en los programas de prevención del consumo de drogas dirigidos a jóvenes y adolescentes, algún componente cuyo objetivo es reforzar la asertividad para rechazar la invitación a consumir (Atabila y Castillo, 2013; Botvin, 2001; Epstein, Botvin, y Spoth, 2003; Espada y Méndez, 2003; García Rodríguez y López Sánchez, 1998; Nichols, Birnel, Graber, Brooks-Gunn y Botvin, 2013). Esto ha promovido el diseño de instrumentos específicos para medir la asertividad en situaciones de consumo. Uno de ellos es el Cuestionario de Aserción ante las Drogas (CAD) (Espada y Mendez, 2003). Este cuestionario diseñado para escolares de secundaria y bachillerato, consta de diez supuestos relacionados con conductas asertivas asociadas a la oferta y consumo de alcohol y drogas de síntesis. En una escala de cinco puntos los sujetos deben contestar según la probabilidad con la que

realizarían los comportamientos que se describen. El alfa de Cronbach para la consistencia interna fue 0,86. El análisis de la dimensionalidad del test reveló la existencia de un único factor, que explicó el 46,33% de la varianza.

Habilidades sociales y funcionalidad del consumo.

El estudio de la funcionalidad del consumo de drogas, entendida esta como los beneficios que se esperan obtener con el consumo, evidencia una relación con las habilidades sociales. Las expectativas son los efectos anticipados que un individuo espera obtener como consecuencia del consumo, que pueden ser físicos, psicológicos o sociales. Las expectativas juegan un papel fundamental en los modelos cognitivos y de aprendizaje social que explican el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas.

La robustez de la capacidad que tienen las expectativas para predecir patrones de alta frecuencia e intensidad de consumo de alcohol (Christiansen, Smith, Roehling y Goldman, 1989; Dunn y Goldman, 1996; Patrick, Wray-Lake, Finlay y Maggs, 2010), tabaco (Urberg y Robbins, 1981) y marihuana (Kristjansson, Agrawala, Lynskey y Chassin, 2012; Patrick, Schulenberg, O'malley, Johnston y Bachman, 2011) ha sido ampliamente demostrada. Entre las expectativas ante el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que tienen los adolescentes destaca la facilitación de las relaciones sociales. Los jóvenes asocian el consumo de alcohol a la facilitación de la interacción grupal, la expresividad verbal, la desinhibición y el incremento de la sexualidad.

Morales et al. (2008) analizaron las expectativas sobre los efectos del consumo de cannabis en una muestra de 2.043 estudiantes de 3º de secundaria (ESO) - de una media de 14,6 años- de 47 centros públicos y privados de Barcelona. Entre las consecuencias positivas que los adolescentes esperaban obtener, la relajación fue la principal (lo cree el 87,6% y hasta el 97% de los consumidores habituales), seguido de la facilitación de las relaciones sociales y sexuales (lo apunta el 64,2% y, entre los consumidores habituales, el 80,3%). Camacho (2005) encontró que las expectativas que mejor predijeron el consumo de alcohol en población universitaria fueron en primer lugar las relacionadas con las habilidades sociales: la facilitación de la interacción, la expresividad verbal y la desinhibición.

Otro equipo de investigación (Boys, Marsden and Strang, 2001) utilizó el método de bola de nieve para reclutar una muestra no clínica de 364 jóvenes consumidores en la que evaluaron la funcionalidad del consumo de drogas con una escala de 17 ítems y con técnicas cualitativas de análisis de entrevistas. La socialización ocupó el

tercer puesto entre las funciones buscadas en el consumo de drogas. Las dos primeras fueron: relajarse y colocarse.

La encuesta ESPAD 2011 explora las expectativas de consumo de alcohol por los jóvenes europeos de 15 años. Entre las consecuencias positivas esperadas, “sentirse más amistoso y extrovertido” ocupó el segundo puesto entre las seis consecuencias positivas propuestas en el cuestionario. Las otras cinco fueron: relajarse, sentirse alegre, olvidar los problemas; y pasárselo bien (primer puesto). Otros estudios encontraron argumentos o creencias que atribuyen beneficios sociales al consumo, como por ejemplo: “la conexión entre consumidores es muy agradable”, “mejoran la sociabilidad” o “aumentan la confianza en si mismo” (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2005; White, Degenhardt, Breen, Bruno, Newman y Proudfoot, 2006).

La facilitación de los encuentros sexuales es una de las funciones instrumentales atribuidas a algunas sustancias. El alcohol es utilizado como facilitador sexual, mientras que la cocaína y, en menor medida, el cannabis tienen como propósito mejorar las sensaciones. El extasis se utiliza tanto como facilitador como potenciador de la experiencia (Bellis et al. 2008).

Relación HHSS/Asertividad y consumo.

La relación entre HHSS/asertividad y consumo de drogas ha sido objeto de numerosas investigaciones, y en la actualidad existe evidencia que relaciona una baja asertividad con un elevado consumo de alcohol (Mooney DK, Corcoran, 1989), tabaco (Wills, Baker y Botvin, 1989) y drogas ilegales (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003). Estos resultados han sido replicados en diferentes contextos culturales y diferentes países (Jafari, 2009). Sin embargo, como se explica más adelante, no están libres de controversias y requieren ser matizados.

Durante 18 meses, Trudeau, Lillehoj, Spoth y Redmond (2003) siguieron una cohorte de 357 adolescentes jóvenes, en busca de una posible relación entre la asertividad y la toma de decisiones y el consumo temprano de drogas entre adolescentes. Los resultados mostraron que la asertividad y la toma de decisiones tenían efectos indirectos sobre el inicio del consumo de drogas mediados por las expectativas sobre las consecuencias del consumo y la intención de rechazar el consumo.

Con el objetivo de predecir el consumo de tabaco y otras drogas en una muestra de adolescentes de entorno urbano, Epstein, Bang y Botvin (2007) midieron varios factores psicosociales durante dos años. Encontraron que los adolescentes con alta puntuación en asertividad era más resistentes al consumo aún cuando estaban expuestos a potentes factores de riesgo como el consumo de drogas por los amigos y hermanos.

En un estudio en 2460 estudiantes de secundaria, Barkin, Smith y Durant (2002) utilizaron modelo de regresión lineal múltiple para establecer relaciones entre la frecuencia de consumo de drogas, incluido alcohol y tabaco, y dimensiones de las habilidades sociales tales como la habilidad para decir no, la postura crítica ante la publicidad y las habilidades de comunicación. Además de otros factores psicosociales hasta un total de 10. Se modelizó la capacidad predictiva del consumo en el año actual y al año siguiente. En ambos modelos, la habilidad para decir no fue la variable psicosocial más predictiva.

Existe cierta controversia al afirmar que la asertividad correlaciona inversamente con el consumo de drogas, ya que algunos estudios afirman que dicha relación es débil o no la han encontrado (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Suelves y Sanchez-Turet, 2001) o incluso correlacionan directamente. Gustafson y Kálmén (1996) encontraron que los sujetos con alta asertividad, después de consumir alcohol, presentaban una menor asertividad, mientras que los sujetos con baja asertividad, después de beber alcohol, tienen mayor asertividad. La intoxicación alcohólica produce cambios en la asertividad, desinhibiendo a los sujetos con baja asertividad e inhibiendo a los de alta asertividad. Estos resultados podrían ser consecuencia de los procesos de desinhibición desencadenados por la intoxicación.

Para explicar la aparente disparidad de resultados, hay que diferenciar la asertividad general de la "refusal assertiveness", es decir la asertividad para rechazar y más concretamente rechazar el consumo de drogas (Epstein, Griffin y Botvin, 2000a, 2000b). Este concepto va más allá de la asertividad como simple habilidad social y requiere que el individuo tenga una actitud contraria al consumo, además de saber defenderla ante terceros. Esto explicaría porqué la asertividad general no mantiene relación con el consumo de drogas, o incluso puede presentar una relación positiva en el caso de la asertividad social, mientras que la asertividad específica de rechazo del consumo correlaciona inversamente con el consumo (Ashby, Baker y Botvin, 1989; Connor, George, Gullo, Kelly y Young, 2011).

3.4.d.- Autoconcepto - Autoestima

El autoconcepto consiste en las percepciones que el individuo tiene de sí mismo (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976), o en la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1979). La autoestima ha sido definida como la actitud, positiva o negativa, acerca del self, el grado de satisfacción con uno mismo y el sentimiento de valía personal percibido al compararse con los demás (Coopersmith, 1967; Davis-Kean y Sandler, 2001). La autoestima tiene una gran relevancia en la clínica psicológica en general, debido al importante papel que juega en diferentes trastornos mentales (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

Conceptualmente ambos constructos han sido identificados con diferentes términos afines que sugieren matices de significado y plantean una aproximación teórica fragmentada. Algunos autores proponen que autoconcepto atiende al conocimiento de uno mismo, e incluye términos afines como auto-cognición, auto-imagen, auto-esquema y auto-comprensión. El término autoconcepto se refiere al aspecto descriptivo de sí mismo, sin que tal descripción sea necesariamente evaluativa. Por otra parte, la autoestima hace referencia a los aspectos evaluativos-afectivos del juicio sobre sí mismo. Desde esta perspectiva se incluyen términos como auto-afecto, auto-valor, auto-evaluación o auto-sentimiento, que se utilizan para describir el valor que cada persona se da a sí misma, es decir que grado de valía considera que posee (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005; Giménez, Cortés y Loeza, 2003). La diferenciación entre ambos conceptos no es nítida, algunos autores se muestran a favor de una diferenciación, mientras otros son partidarios de su estrecha relación teórica y empírica (Cava, Murgui y Musitu, 2008; Shavelson et al., 1976). La diferenciación entre ambos conceptos es aún más difícil, si cabe, cuando se pretende diseñar instrumentos de medida específicas para cada uno (Romero, Luengo, y Otero-López, 1994; Tomás y Oliver, 2004).

Con independencia de si el enfoque es evaluativo o descriptivo, es un constructo dinámico y reactivo al contexto. Destaca su carácter multidimensional con diversos factores que se encuentran relacionados con las diferentes áreas en las que se desenvuelve la persona. Por ello la mayoría de las escalas e inventarios incorporan subescalas que miden la autoestima familiar, social, emocional, académico...

El Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (Martorell et al. 1993) ofrece puntuaciones en tres escalas autoconcepto negativo, autoconcepto positivo y autoconcepto-autoestima. La Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5) (García &

Musitu, 1999) presenta una estructura de cinco factores: 1) Académico/Laboral: percepción del sujeto de la calidad del desempeño de su rol como estudiante o como trabajador; 2) Social: percepción del desempeño de las relaciones sociales explica un 10.8% de varianza y su α de Cronbach es 0,72; 3) Emocional: percepción del propio estado emocional y de las respuestas a situaciones específicas de la vida cotidiana y percepción del estado general emocional; 4) Familiar: percepción de la implicación e integración en el grupo familiar. Explica un 6.9% de varianza y su α de Cronbach es 0,80. ; y 5) Físico: percepción del aspecto y condición física.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EA) (Rosenberg, 1965) fue una de las primeras y ofrece una medida de autoestima general. Consiste en 10 afirmaciones sobre sentimientos globales de autovaloración, que se responden en una escala Likert de 4 categorías (muy de acuerdo – muy desacuerdo). Inventario de Autoestima de Coopersmith se compone de 5 factores: General, Hogar, Social, Laboral y M – validez-, y la puntuación se clasifica en baja, media o alta. El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach es de 0,81 (Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). El Self Esteem Index (Brown y Alexander, 1991; Giménez, Cortés y Loeza, 2003) consta de 80 reactivos, distribuidos en cuatro factores: aceptación familiar, competencia académica, popularidad y seguridad personal y con una escala de respuestas tipo Likert, modificada a 4 opciones (siempre, casi siempre, casi nunca, nunca).

La baja autoestima-autoconcepto ha sido propuesta como factor predictor de diferentes trastornos psicopatológicos (Garaigardobil, 2005) y problemas de conducta (D’Zurilla, Chang y Sanna, 2003), entre los que destaca el abuso de drogas. Una posible explicación sostiene que el uso de drogas es un recurso de afrontamiento ante la tensión y los sentimientos negativos asociados a la baja autoestima. Esta hipótesis fue avalada en los primeros estudios (Kaplan, 1975), que identificaron la autoestima como un importante predictor del consumo de cannabis, y sirvió de acicate a otros investigadores. Otra explicación afirma que la autoestima actúa como protector en la medida que los jóvenes con alta autoestima serían más resistentes a la presión de grupo y por lo tanto menos influenciados. Esta explicación se sostiene en la medida que la presión de los compañeros promueva el consumo. (Howard & Jenson, 1999; Hoffman and Cerbone, 2002; Mendoza, Carrasco, y Sánchez, 2003; Newcomb Maddahian y Bentler, 1986; Vega et al., 1993)

La investigación sobre el papel de la autoestima como variable predictora ha sido tan fértil como discutidos sus resultados. Ya en 1976, Gossop afirma que en contra de las propuestas teóricas, la investigación sobre la relación entre la autoestima-autoconcepto y el consumo de drogas no es concluyente. En la literatura revisada la

autoestima-autoconcepto aparece como un factor controvertido en cuanto que las correlaciones con diferentes conductas problema han sido débiles, McGee y Williams (2000) estiman que las correlaciones oscilan entre 0,2 y 0,3.

Son varios los estudios que no han encontrado relaciones significativas con el consumo de drogas y otras conductas de riesgo (Jessor, Donovan, y Costa, 1991; West and Sweeting (1997). Algunos autores (Oliva, 2007) incluso han encontrado una relación positiva entre el consumo moderado de sustancias en la adolescencia temprana y una autoestima más alta.

Considerando la complejidad conceptual del constructo, algunas investigaciones han intentado discernir qué dimensiones de la autoestima-autoconcepto predicen el consumo de drogas, otros estudios valoran la necesidad de diferenciar entre distintos tipos de autoestima en función del entorno o referente social en la que se encuadre. Esta hipótesis fue investigada por Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003), quienes encontraron una baja relación entre autoconcepto general y autoconcepto social y consumo en una muestra de 243 estudiantes de 1º de ESO. Los autores concluyen que estos resultados son coherentes con la débil relación encontrada entre asertividad general y consumo de drogas y desaconsejan el entrenamiento de HHSS generales como estrategia de prevención. Por otra parte, los tipos de autoconcepto familiar, académico y emocional, sí tienen un efecto protector del consumo en adolescentes. También García y Carrasco (2003) encontraron diferencias entre consumidores y no consumidores de alcohol en el factor autoconcepto académico en un grupo de 413 estudiantes de 18-20 años.

Esta línea de investigación ha sido explorada en posteriores investigaciones (Cava, Murgui y Musitu, 2008; McKay, Sumnall, Cole y Percy, 2012; Wild et al. 2004), que han llegado a similares conclusiones, que sostienen la influencia diferencial de los diferentes tipos de autoestima-autoconcepto en diversas conductas de riesgo. La autoestima-autoconcepto familiar, emocional y académica correlaciona inversamente con el consumo, por lo que su presencia es considerada protectora. Mientras que la social lo hace directamente, y constituye un factor de riesgo. Diferentes autores han defendido argumentos compatibles entre si para explicar porque los distintos tipos de autoestima-autoconcepto se relacionan directa o inversamente con el consumo de drogas. La relación positiva entre autoestima social y consumo de sustancias podría deberse al hecho de que los adolescentes con menor autoestima social pasan menos tiempo con sus iguales y tienen, por tanto, menos oportunidades de experimentar conductas tales como fumar o beber que suelen iniciarse durante la adolescencia generalmente en grupo y pasan, en general,

menos tiempo en actividades «orientadas a la calle» y sin supervisión adulta (Wild, Flisher, Bhana y Lombard, 2004).

Un problema metodológico frecuente en la investigación de los factores de riesgo en general es que la mayoría de la investigación es transversal (cross sectional) lo que imposibilita concluir con certeza qué predice qué. Los diseños longitudinales son el mejor diseño para resolver este problema en estudios epidemiológicos, ya que la medida del predictor se realiza con anterioridad a la aparición de la conducta problema. McGee y Williams (2000) utilizan una metodología longitudinal para conocer la correlación entre la autoestima general y académica a la edad de 9-13 años con problemas de conducta a los 15 años en una muestra de un millar de jóvenes. Los resultados confirmaron que si bien la autoestima general predice la aparición de problemas de alimentación, ideación suicida y conductas de riesgo para la salud, no se encontró relación con el consumo de drogas.

En conclusión, la capacidad de la autoestima para predecir el consumo de drogas es escasa y parece deberse a la presencia de baja autoestima en ciertos contextos como el académico y el familiar. La autoestima referida a otros contextos sociales, por ejemplo el grupo de amigos, puede actuar de forma directa, de manera que una autoestima social alta se puede considerar un factor de riesgo.

3.4.e.- Percepción del riesgo

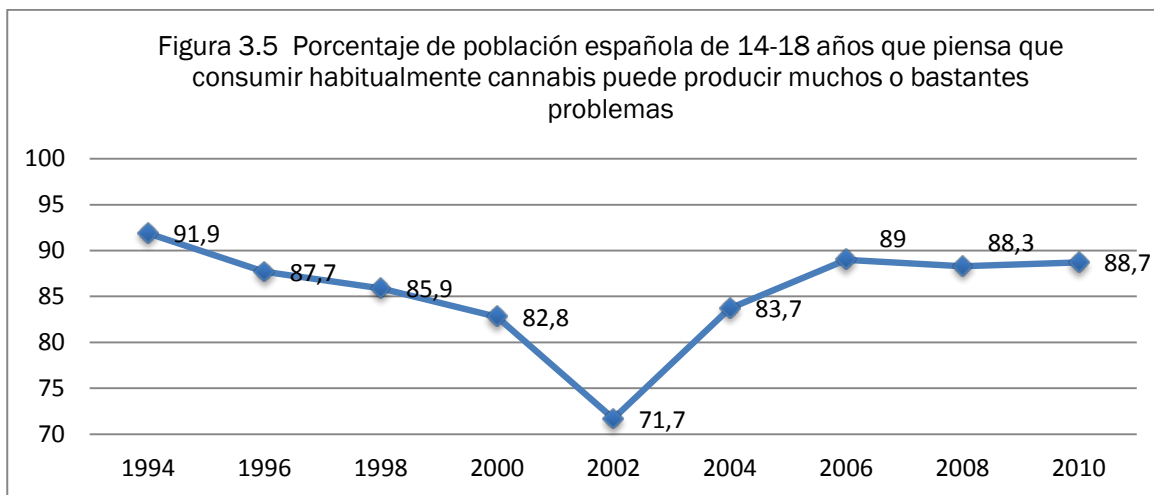
Tradicionalmente la percepción del riesgo del consumo de drogas se ha identificado con el conocimiento de las consecuencias negativas. Este planteamiento se sustenta en la abundante evidencia acerca de la relación de ambas variables, que predice que a menor percepción del riesgo por el uso de sustancias, más probable es el consumo (de la Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Johnston y cols., 1989; Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Hibell et al. 2012; Observatorio Español sobre drogas, 2008, 2009).

Podemos considerar a la percepción del riesgo un factor individual, ya que es la persona quien evalúa las consecuencias de su conducta. No obstante, la valencia e intensidad con que un sujeto evalúa el riesgo asociado al consumo de droga, se encuentra fuertemente influida por la percepción social del riesgo. Entendemos por percepción social lo que los miembros de una sociedad o cultura concreta piensan, imaginan o interpretan sobre algo. La percepción social a su vez responde a la imagen que los medios de comunicación presentan de las diferentes sustancias.

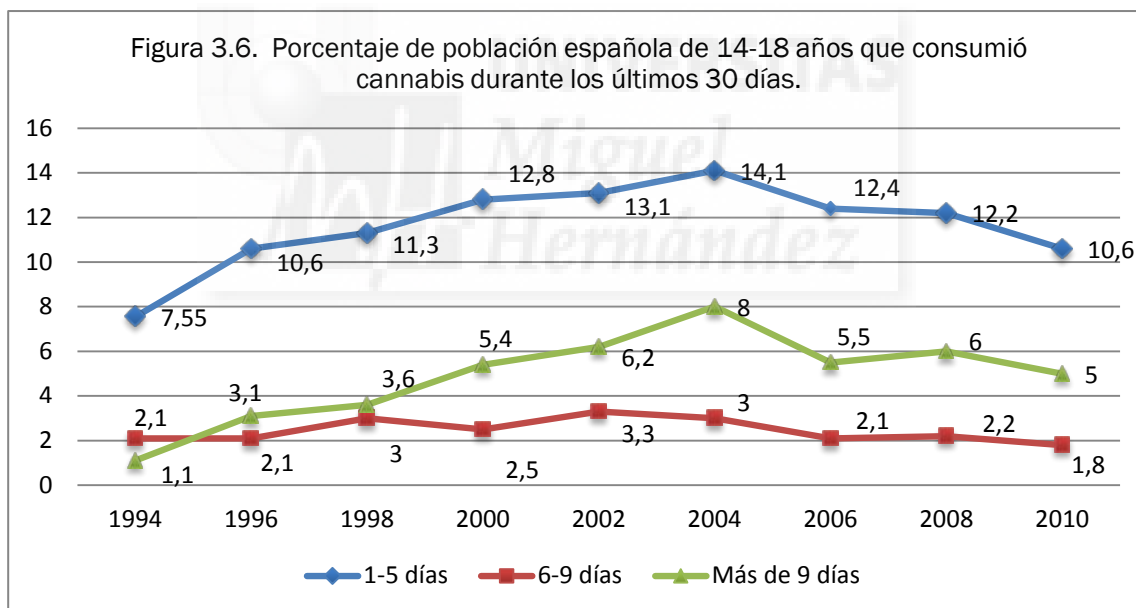
En referencia al consumo intensivo de alcohol, el estudio de una muestra de 2.807 jóvenes que realizan episodios de consumo intensivo evidencia una baja preocupación por las consecuencias negativas derivadas de su consumo, o por la posibilidad desarrollar un proceso adictivo (Espejo Tort, Cortés Tomás, Giménez Costa, Martín del Río y Gómez Iñigüex, 2012). Los jóvenes, en general, muestran un mayor nivel de conciencia hacia aquellas consecuencias negativas más difundidas en los medios de comunicación (peleas, accidentes de tráfico), en contraste con el bajo nivel de importancia que otorgan al resto de consecuencias, a pesar de la abundante información que existe al respecto.

Los resultados de las investigaciones sociológicas demuestran que los discursos que banalizan los efectos perniciosos de las drogas, calan en la sociedad y reducen la percepción del riesgo. El cannabis nos ofrece un buen ejemplo. Durante los últimos años en España ha surgido un fuerte movimiento social a favor del uso del cannabis. La capacidad organizativa de este movimiento ha quedado demostrada por la gran cantidad de grupos, asociaciones, encuentros, ferias, páginas web y publicaciones impresas que abogan a favor de la legalización de la producción, comercio y consumo de cannabis. A la sombra de este movimiento social, desde el año 2003 en España se han fundado dos partidos políticos cuyo programa electoral se centra en la legalización de la marihuana (Partido Cannabis por la Legalización y la Normalización y la Representación Cannábica de Navarra-Nafarroako Ordezkaritza Kannabikoa (RCN-NOK). También en el resto de Europa se reproducen los movimientos antiprohibicionistas, como por ejemplo en Italia la Asociación antiprohibicionista y en Reino Unido la Alianza para Legalizar el cannabis. Probablemente la aparición de los Clubs Sociales de Cannabis sea el mayor ejemplo del movimiento procannabis. Este fenómeno originariamente español está siendo copiado por activistas de otros países europeos y latinoamericanos que adaptan sus estructuras a la legislación nacional (Bewley-Taylor, Blickman y Jelsma, 2014).

El análisis de la secuencia evolutiva de la encuesta en población estudiantil, que cada dos años se realiza en España, evidencia una relación entre el riesgo percibido por consumo habitual de cannabis (Figura 3.5) y el consumo en los últimos 30 días (Figura 3.6). Ambas variables mantienen una clara relación inversa. Resulta clarificador ver como la baja percepción de riesgo producida en el año 2002 se corresponde con un mayor consumo en la siguiente medida.



Fuente: Observatorio español de Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

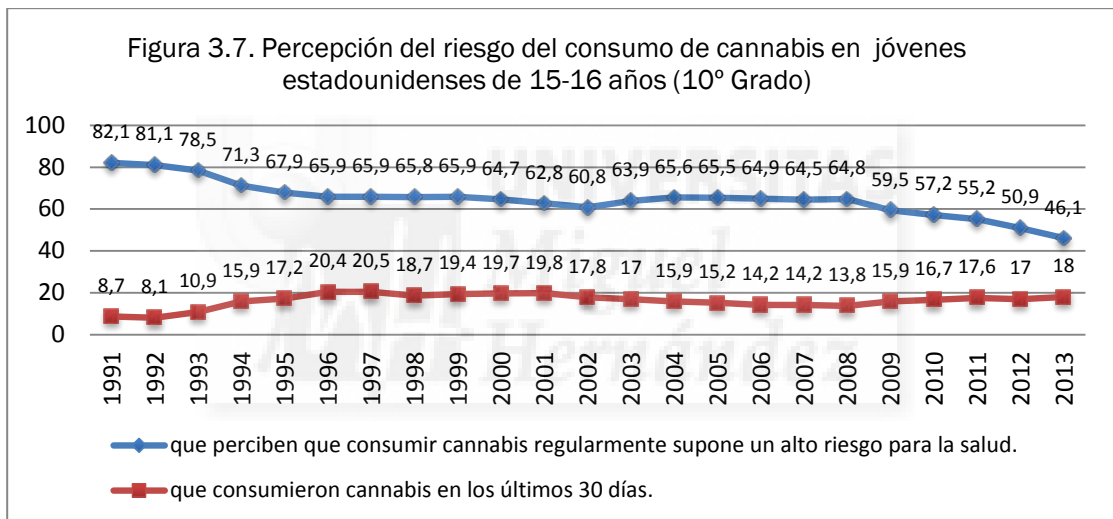


Fuente: Observatorio español de Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La secuencia histórica de la encuesta ESTUDES muestra como la importancia de las creencias sobre las consecuencias perniciosas del uso de cannabis se relaciona con la prevalencia de consumo. En 1994 el 91.9% de los adolescentes creía que el

3.4 Factores Individuales

consumo habitual de cannabis produce consecuencias negativas. Ocho años después la percepción del riesgo cayó 20 puntos porcentuales. La prevalencia del consumo siguió una evolución inversa doblándose en la misma década (Observatorio español sobre Drogas, 2010). En Europa el 70% de los jóvenes escolarizados de 15-16 años opinan que consumir cannabis regularmente supone un alto riesgo, mientras que el consumo en los últimos 30 días se sitúa en el 7-9,4%, ambos indicadores se muestran con gran estabilidad en la serie histórica de la encuesta ESPAD (2003, 2007 y 2011). La encuesta norteamericana Monitoring the Future (Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg y Miech, 2013) registra anualmente el consumo y la percepción del riesgo desde 1991. La serie temporal de 22 registros permite visualizar la fuerte correlación entre percepción del riesgo y consumo de cannabis (Figura 3.7).



Fuente: Monitoring the Future 2013. Institute for Social Research The University of Michigan. (Elaboración propia)

La banalización de las consecuencias del consumo de droga se asocia a un mayor consumo. Por el contrario, los adolescentes que creen que el consumo de sustancias tendrá consecuencias negativas las consumen menos. Basándose en estas premisas, un gran número de programas y actuaciones preventivas se apoyan en la hipótesis de que una mayor información producirá un incremento en la percepción del riesgo, y en consecuencia una disminución del consumo. Esta hipótesis es coherente con que la transmisión de información sobre las consecuencias negativas del consumo sea un objetivo principal, a menudo único, de las intervenciones

preventivas. Los meta-análisis y revisiones sobre programas de prevención escolar (Espada, Rosa y Méndez, 2003; Espada, Gonzalez, Orgilés, Lloret y Guillén-Riquelme, 2015) y familiar (Lloret, Espada, Cabrera y Burkhart, 2013) evidencian que la “información sobre drogas” es una de las estrategias preventivas más usadas.

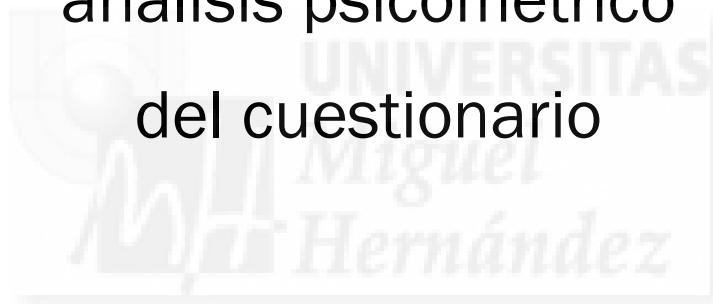
A pesar del interés que tienen los diseñadores de intervenciones preventivas en desarrollar componentes dirigidos a informar sobre los efectos de las drogas, la evidencia indica que la eficacia de las estrategias basadas en la transmisión de conocimiento sobre las consecuencias indeseables del consumo de drogas ha sido limitada, inconsistente o incluso contraproducente. Gázquez et al. (2009, 192) sintetiza los resultados de varias revisiones sistemáticas y concluye que los programas menos eficientes son los que se concentran exclusivamente en el conocimiento (aquellos encaminados solamente a enseñar a los jóvenes sobre las drogas), los que se centran exclusivamente en cuestiones afectivas o las combinaciones de estrategias afectivas e informativas (Bruvold, 1993; Dusenbury y Falco, 1995; Hansen, 1992; Paglia y Room, 1998; Sharp, 1994; Thomas, 2003; Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona, 1999; Tobler, et al., 2000).





II Parte. Estudio Empírico

Construcción y análisis psicométrico del cuestionario





PARTE II. Parte empírica.

Capítulo 4. Objetivos e hipótesis.

5. Estudio 1. Construcción del cuestionario.
6. Participantes.
7. Estudio 2. Analisis psicométrico del cuestionario
 - 7.1 Escala de riesgo Macro-Social
 - 7.2 Escala de riesgo Micro-Social
 - 7.2.1 Amigos
 - 7.2.2 Escuela
 - 7.2.3 Familia
 - 7.3 Escala de riesgo Individual
 - 7.3.1 Escala de riesgo Individual-Rasgo
 - 7.3.2 Escala de riesgo Individual-Estado
 - 7.3.3 Escala de riesgo Individual Hab. Com.
 - 7.4 Conclusiones
8. Discusión.



Capítulo 4.

Objetivos e hipótesis.

El presente trabajo persigue aportar a la compleja tarea de la prevención del consumo de drogas una nueva herramienta que permita evaluar la presencia de factores de riesgo, y que proporcione información sobre la intensidad y el perfil de riesgo de un individuo o de un grupo de adolescentes. El propósito es conseguir un instrumento ágil y sencillo, y a la vez capaz de operar con un gran número de factores de riesgo, que ofrezca información fiable para la toma de decisiones sobre los objetivos a alcanzar con las intervenciones preventivas.

Para ello se plantean tres objetivos para cada una de las 5 dimensiones y cuatro hipótesis que se derivan de la validez de cada escala. Por lo que el número total de objetivos es 15 y el de hipótesis 20.



Objetivo general

Construir y validar un instrumento de detección del nivel de riesgo del consumo de drogas para adolescentes.

Objetivos específicos

1. Dimensión Macro-Social

1.a. Revisar la literatura para identificar los **factores macro-sociales** relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

1.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo macro-sociales.

1.c. Analizar las propiedades psicométricas de la escala Macro-Social y determinar su validez predictiva.

2. Dimensiones Micro-Sociales

2.a. Revisar la literatura para identificar los **factores del grupo de pares (amigos)** relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

2.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo del grupo de pares.

2.c. Analizar las propiedades psicométricas de la escala Micro-Social: Amigos y determinar su validez predictiva.

2.d. Revisar la literatura para identificar los **factores escolares** relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

2.e. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo escolares.

2.f. Analizar las propiedades psicométricas de la escala Micro-Social: Escuela y determinar su validez predictiva.

2.g. Revisar la literatura para identificar los **factores familiares** relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

2.h. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo familiares.

2.i. Analizar las propiedades psicométricas de la escala Micro-Social: Familia y determinar su validez predictiva.

3. Dimensión Individual

3.a. Revisar la literatura para identificar los **factores individuales** relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

3.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo individuales.

3.c. Analizar las propiedades psicométricas de la escala Individual y determinar su validez predictiva..

Hipótesis.

Hipótesis 1. Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Macro-Social*, que los de menor consumo.

Hipótesis 2. Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Macro-Social*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor.

Hipótesis 3. Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Macro-Social*, que los que lo probaron más tarde o nunca.

Hipótesis 4. Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Macro-Social*, que los que comenzaron más tarde o nunca.

Hipótesis 5. Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Amigos*, que los de menor consumo.

Hipótesis 6. Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Amigos*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor.

Hipótesis 7. Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Amigos*, que los lo probaron más tarde o nunca.

Hipótesis 8. Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los que comenzaron más tarde o nunca.

Hipótesis 9. Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los de menor consumo.

Hipótesis 10. Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor.

Hipótesis 11. Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los lo probaron más tarde o nunca.

Hipótesis 12. Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los que comenzaron más tarde o nunca.

Hipótesis 13. Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia*, que los de menor consumo.

Hipótesis 14. Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor.

Hipótesis 15. Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia*, que los lo probaron más tarde o nunca.

Hipótesis 16. Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia*, que los que comenzaron más tarde o nunca.

Hipótesis 17. Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Individual*, que los de menor consumo.

Hipótesis 18. Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Individual*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor.

Hipótesis 19. Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Individual*, que los lo probaron más tarde o nunca.

Hipótesis 20. Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Individual*, que los que comenzaron más tarde o nunca.

PARTE II. Parte empírica.

- 4. Objetivos.
- Capítulo 5. Estudio 1. Construcción del cuestionario.**
- 6. Participantes.
- 7. Estudio 2. Analisis psicométrico del cuestionario
 - 7.1 Escala de riesgo Macro-Social
 - 7.2 Escala de riesgo Micro-Social
 - 7.2.1 Amigos
 - 7.2.2 Escuela
 - 7.2.3 Familia
 - 7.3 Escala de riesgo Individual
 - 7.3.1 Escala de riesgo Individual-Rasgo
 - 7.3.2 Escala de riesgo Individual-Estado
 - 7.3.3 Escala de riesgo Individual Hab. Com.
 - 7.4 Conclusiones
- 8. Discusión.

Capítulo 5.

Estudio 1. Construcción del cuestionario

Este primer estudio de la parte empírica está dedicado a describir el procedimiento seguido para la construcción del cuestionario. El orden lógico de las etapas recorridas comienza por establecer la estructura teórica de la escala, lo que implica la identificación y definición de los factores, y su organización en categorías. Seguidamente se propusieron ítems para cada factor y se seleccionaron los mejores ítems, con los que se construyó la escala a evaluar. Así mismo, en este estudio se explican los pasos dados para determinar la población, como se accedió a la muestra y la forma de administración de la escala.

Contenidos

5.1. Objetivo

5.2. Procedimiento

- Fase 1. Definición operativa del constructo a medir
- Fase 2. Determinación del contenido del cuestionario
- Fase 3. Generación del banco de ítems
- Fase 4. Determinación de la población de estudio
- Fase 5. Definición de la forma de administración y el formato
- Fase 6. Revisión y depuración del banco de ítems
- Fase 7. Realización del ensayo piloto.
- Fase 8. Consideración de otras variables

5.3. Conclusiones

5.1. Objetivo

El objetivo de este primer estudio es la construcción de un cuestionario que evalúe el nivel de riesgo psicosocial del consumo de drogas en población general adolescente. El riesgo de consumo se determinará en función de los factores de riesgo psico-sociales presentes en el sujeto evaluado.

Los objetivos específicos de este primer estudio se desprenden de los objetivos planteados en el capítulo 4 y más detalladamente son:

- a. Identificar los factores macro-sociales, familiares, del grupo de iguales, escolares e individuales relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.
- b. Generar un banco de ítems para cada uno de los factores identificados.
- c. Depurar el banco de ítems y seleccionar aquellos más relevantes para cada factor.
- d. Diseñar el cuestionario.
- e. Determinar la población de estudio y planificar el trabajo de campo.
- f. Administrar los cuestionarios y recoger los datos.

5.2. Procedimiento

Para alcanzar el objetivo general propuesto en el presente estudio, teniendo en cuenta las recomendaciones de diversos autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996), desde la aproximación de la Teoría Clásica de Tests, se pueden establecer las siguientes fases: (1) definición operativa del constructo a medir, (2) determinación del contenido del cuestionario, (3) generación del banco de ítems, (4) determinación de la población de estudio, (5) definición de la forma de administración y el formato, (6) revisión y depuración del banco de ítems, (7) realización del ensayo piloto, (8) consideración de otras variables, (9) pase del cuestionario, (10) depuración del cuestionario y (11) validación.

En este primer estudio vamos a presentar el trabajo realizado en las primeras ocho etapas, en las que se sigue una metodología fundamentalmente cualitativa, dejando para los estudios 2 y 3 las tres restantes.

Fase 1. Definición operativa del constructo a medir

Entendemos por factor de riesgo una variable que predice de manera significativa la aparición de un suceso que deseamos evitar, como por ejemplo un trastorno o enfermedad. Esto implica no sólo que existe una relación entre la variable y, en nuestro caso, el consumo de drogas, sino que dicha variable es previa al mismo, y que no es consecuencia de una tercera variable que pudiera explicar la presencia de ambas. Es decir, que no es una variable espuria.

En el apartado 3.1 se aborda con mayor detalle la definición de factor de riesgo. Aquí nos remitimos a la aplicación de la definición clásica de factor de riesgo a la vulnerabilidad del consumo de drogas. En este contexto, factor de riesgo se define como aquel “Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación en las mismas” (Clayton, 1992). En nuestro país, Luengo y cols. (1999) en su trabajo sobre la prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela definen factor de riesgo como “una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno”. Por lo tanto cabe esperar que estas características personales, sociales, familiares, etc. permitan predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas, al situar al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento.

Sin embargo, tal y como se expone en el apartado 3.1, hay que tener en cuenta que los factores de riesgo reúnen una serie de características que afectan a las interacciones entre ellos y a la postre a su potencia explicativa. El no determinismo, la reacción exponencial cuando se dan ciertas combinaciones, la especificidad ante el tipo de droga o la etapa de consumo, son algunas de ellas.

Además, la presencia e intensidad de los factores psico-sociales es altamente variable en función de cada persona. Esta variabilidad se explica en la concepción del consumo de drogas como el resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales, ya que existe una sustancia, un sujeto y un contexto único donde se desarrolla la conducta de consumo.

Fase 2. Determinación del contenido del cuestionario

Los factores de riesgo que componen el contenido de la escala SEDDAR se clasifican en tres grandes dimensiones ubicadas en un continuo psico-social: Individuales, Microsociales y Macrosociales. La primera dimensión, incluye factores psicológicos, como son los rasgos de personalidad, las actitudes y las creencias. La

dimensión Microsocial hace referencia a los entornos sociales con los que el adolescente mantiene una relación personal y frecuente, a saber: familia, escuela y amigos. La tercera dimensión, Macrosocial, se compone por el marco de referencia socio-económico-cultural cuya influencia se extiende sobre las anteriores. En la tabla 5.1 se definen los 21 factores iniciales propuestos para formar la escala SEDDAR. Todos ellos cuentan con un abundante soporte científico, revisado en el capítulo 3, que aconseja su inclusión en la escala.

Tabla 5.1 . Factores de Riesgo Psico-Social.

Factor	Definición
Macrosocial	
1. Estatus socio-económico.	Crecer en familias o barrios caracterizados por la pobreza, el desempleo y la falta de recursos.
2. Accesibilidad	La percepción de una fácil disponibilidad de cigarrillos, alcohol, marihuana y otras drogas.
3_1. Legislación. Actitud	La opinión contraria y rebelde ante la normativa que regula y limita el uso de drogas.
3_2. Legislación. (Desconocimiento)	El desconocimiento de la normativa que regula el uso de alcohol, tabaco y drogas.
4. Percepción normativa	La creencia de que el uso de drogas es normal en la sociedad y específicamente entre los compañeros.
Microsocial. Escuela	
5. Actitud hacia la escuela	Baja motivación por los estudios. La creencia de que estudiar no sirve para nada, asociada a escasos esfuerzos y fracaso escolar.
6. Vocación	No mostrar interés por desarrollar unas habilidades. No identificarse con una aspiración o meta personal, social o profesional.
7. Participación	La percepción de las actividades escolares como algo aburrido y ajeno y el rechazo a participar en ellas.
Microsocial Familia	
8. Actitud parental hacia las drogas	Padres que se muestran tolerantes con el uso de drogas y que no hacen ver a sus hijos una firme posición contraria.
9. Clima familiar	Incluye la comunicación pobre, la ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa y la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos.
10. Valoración del hogar	Evaluación negativa del hogar. Identificación del propio hogar como un lugar hostil y no deseable
11. Supervisión y control	Falta de normas de convivencia claras. Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los niños. Disciplina ineficaz: el escaso, inconsistente o excesivamente severo control y sanción de las conductas de los hijos.
12. Estilo parental	Ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente

Continúa

Tabla 5.1 . Factores de Riesgo Psico-Social. (Continuación)

Microsocial . Grupo de iguales	
13.Presión de grupo	Amistad o asociación con otros jóvenes que consumen drogas o la creencia de que los demás aprobarán o incluso admirarán a quienes consuman drogas.
14.Ocio	Mayor interés por asistir a fiestas y frecuentar zonas de copas, frente a otras actividades de ocio.
Individual	
15.Asertividad	Dificultad para expresar lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara en el momento oportuno.
16. Impulsividad	Incapacidad para ejercer un autocontrol efectivo sobre el comportamiento ante señales que anuncian recompensa o castigo, y dificultad para reflexionar sobre las consecuencias de la propia conducta
17.Búsqueda de sensaciones	Necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas
18. Habilidades sociales	Dificultad para entablar relaciones con los demás. Problemas para adecuarse a la norma social.
19. Autoestima	Insuficiente evaluación de si mismo. La creencia que las propias capacidades son inferiores a las de la media de compañeros.
20. Información	Desconocimiento de los efectos perniciosos derivados del consumo de drogas.
21. Percepción del riesgo	Creencia de que el consumo de drogas no supone un peligro , o sensación de poder controlar las posibles consecuencias negativas derivadas del consumo.

Quedan por lo tanto excluidos los factores de naturaleza biológica o genética. Así mismo, considerando que el objetivo de nuestro estudio es medir el riesgo en población general, se ha desestimado la medida de las características psicosociales propias de una minoría de alto riesgo, por ejemplo pertenecer a familias altamente desestructuradas y/o que presentan consumos abusivos o dependencia a drogas (Cloninger, Bohman y Siguardson, 1981; Díaz, Gual, Serrano, Costa, Ferri, Grau, 2003; Pons, 1998; Schuckit, 1994; Schuckit y Smith, 1996), padecer psicopatología (Christie, Burke, Regier, Rae, Boyd, Locke, 1988; López y Freixinós, 2001) o haber sufrido experiencias traumáticas (Danielson, Amstadter, Dangelmaier, Resnick, Saunders, y Kilpatrick, 2009; Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best, y Schunrr, 2000).

Fase 3. Generación del banco de ítems

Una vez identificados y definidos los factores que forman la escala inicial, dio comienzo la fase destinada a generar un número suficiente de ítems para cada factor. Este proceso se desarrolló en dos fases consecutivas: la producción de ítems y el cribado de los mismos (Fase 4). Para la **producción de ítems** se siguieron dos estrategias claramente diferenciadas, que se desarrollaron en paralelo. A continuación se exponen por el orden en que dieron comienzo. Por una parte la identificación y revisión de instrumentos validados que midieran los distintos factores, y por otra, el trabajo creativo de dos grupos de expertos.

1) La primera estrategia consistió en una revisión de los principales tests, cuestionarios y escalas que midieran uno o varios de los factores identificados. Las búsquedas se realizaron en los repertorios bibliográficos españoles: Psicodoc del Colegio Oficial de Psicólogos, ISOC (Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades) e IME (Investigación Médica), gestionados éstos últimos por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Así mismo se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline y PsylInfo. En todas ellas se buscaron artículos que contuvieran entre sus descriptores principales alguno de los citados factores de riesgo. Además, se revisaron manuales y bibliografía especializada. El resultado de la búsqueda fue una abundante cantidad de trabajos empíricos y teóricos, que fueron revisados, y de los que se identificaron las escalas, cuestionarios y otros instrumentos de evaluación de los distintos factores de riesgo.

Los resultados de las búsquedas arrojaron un total de 67 instrumentos, que fueron clasificados en las siguientes 3 categorías

38 Instrumentos de evaluación de factores individuales no específicos (Tabla 5.2)

16 Instrumentos de evaluación de factores individuales específicos del consumo de drogas (Tabla 5.3)

13 Instrumentos de evaluación de factores familiares (Tabla 5.4)

Parte 2. Parte empírica.

Tabla 5.2 . Instrumentos de evaluación de factores Individuales no específicos						
Medida	Acrónimo	Nombre	Año	Autor /es	Ítems	Estructura
Afrontamiento	ACS	Escala de Afrontamiento para Adolescentes		Frydenberg y Lewis	80	General y 18 subescalas Específicas
Afrontamiento	CBI	Inventario de habilidades de afrontamiento	1983	Litman	36	
Ansiedad	STAI	Construyendo salud - STAI	2003	Gómez Fraguela,	4	
Ansiedad	STAXI	Construyendo salud - STAXI	2003	Gómez Fraguela	10	
Asertividad	IPD	Construyendo salud - IPD	2003	Gómez Fraguela	5	
Asertividad	AI	Inventario de Aserción	1975	Gambrell y Richey		1. Rechazo de peticiones; 2. Expresión de limitaciones personales; 3. Iniciación de contactos sociales; 4. Aserción en situaciones de servicio; 5. Expresión de sentimientos positivos; 6. Recibir críticas; 7. Expresar desacuerdo; 8. Dar retroalimentación negativa
Asertividad	RAS	Inventario de Asertividad de Rathus	1973	Rathus		
Auto Concepto Autoestima	AC	Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto	1993	Martorell	38	1. Autoconcepto negativo, 2. Autoconcepto positivo y 3. Autoconcepto-autoestima
Auto Concepto Autoestima	AF-5	Escala de autoconcepto Forma 5	1999	García y Musitu	30	1. Académico, 2. Social , 3. Emocional, 4. Familiar y 5. Físico
Auto Concepto Autoestima	AUTE	Construyendo salud - AUTE	2003	Gómez Fraguela, J.A.	10	
Auto Concepto Autoestima	EA	Escala de Autoestima	1965	Rosenberg, M.	10	Autoestima general. 10 afirmaciones sobre sentimientos globales de autovaloración.
Búsqueda Sensaciones	SSS	Sensation-Seeking Scale	1978	Zuckerman, M., Eysenck,S. y Eysenck,H.	40	
Búsqueda Sensaciones	BSSS	Brief Sensation-Seeking Scale	2002	Hoyle et al.	8	Búsqueda de experiencias; Susceptibilidad al aburrimiento; Búsqueda de excitación/Aventura Desinhibición.
Búsqueda Sensaciones	AISS	Arnett Inventory of Sensation Seeking	1994	Arnett	20	Novedad / Intensidad.
Búsqueda Sensaciones	EBS-J	Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes	1987	Pérez, J., Ortet, G., Pla, S., Simó, S.	50	1. Búsqueda de emociones (BEM), 2. Búsqueda de excitación (BEX), 3. Desinhibición (Des) y 4. Susceptibilidad al aburrimiento (SAB).

continúa

Tabla 5.2 . Instrumentos de evaluación de factores Individuales no específicos (Continuación)						
Medida	Acrónimo	Nombre	Año	Autor /es	Ítems	Estructura
Conducta Antisocial	ASB	Escala de conducta antisocial	1986	Silva	46	
Conducta Antisocial	BIP	Escala BIP-Comportamiento problemático	0		8	
Conducta Antisocial	ICA	Inventario de Comportamientos Antisociales	2011	Espinosa y Clemente	150	Inmadurez; Rechazo hacia las convenciones; Vandalismo; Conductas con motivación económica; ; Consumo de sustancias tóxicas; Consumo de alcohol; Comportamientos relacionados con el ámbito académico; Comportamientos antinormativos de carácter sexual; Violencia directa; Violencia indirecta; Discriminación.
Conducta Antisocial		Escala de conductas antisociales	1988	Seisedos	20	
Conducta Antisocial	CCA	Cuestionario de Conducta Antisocial	2011	Martorell, González, Ordóñez y Gómez		
Conducta Antisocial	ECODI27	Escala de Conducta Disocial	2010	Pacheco y Moral	27	
Conducta Prosocial		Cuestionario de Conducta Prosocial.	1998	Martorell, González y Calvo		
Habilidades Sociales	AS	Construyendo salud – AS	2003	Gómez Fraguera	10	
Habilidades Sociales	CEDIA	Cuestionario evaluación dificultades interpersonales para adolescentes	2000	Inglés	39	
Habilidades Sociales		Escala de Capacidades y Dificultades	1997	Goodman	25	1. Problemas emocionales, 2. Problemas de conducta, 3. Problemas con compañeros, 4. Hiperactividad – Falta de atención y 5. Conducta prosocial.
Habilidades Sociales	EHS	Escala Habilidades Sociales	2002	Gismero	33	1. Asertividad, 2. Relaciones Sexo Opuesto, 3. Hablar en Público, 4. Relaciones Familiares y 5. Relaciones con Amigos Íntimos.

continúa

Parte 2. Parte empírica.

Tabla 5.2 . Instrumentos de evaluación de factores Individuales no específicos (Continuación)						
Medida	Acrónimo	Nombre	Año	Autor /es	Ítems	Estructura
Impulsividad		Escala de Impulsividad de Plutchik	1989	Plutchik R.	15	1. Autocontrol. 2. Planificación. 3. Fisiológico. 4. Espontáneo
Impulsividad		Behavioral Inhibition / Activation Scale	1994	Carver y White	20	Capacidad de anticipar castigo (escala de Inhibición) y resultados reforzantes (escala de Anticipación).
Impulsividad	VIS	Impulsivity-Venturesomeness-Empathy Scale.			63	Impulsividad, Atrevimiento y Empatía.
Impulsividad	UPPS / UPP-S				45 / 59	Urgencia, Falta de premeditación, Falta de perseverancia, y Búsqueda de sensaciones. La UPP-S (59 ítems) añade la dimensión de Urgencia positiva.
Impulsividad	BIS	Escala de Impulsividad de Barratt	1995	Patton, Standord y Barrat	30	Impulsividad atencional, Impulsividad motora, e Impulsividad no planeada.
Impulsividad	ECIRyC	Escala de Control de Impulsos Ramos y Cajal	2002	Ramos Brieva, Gutierrez-Zotes y Saiz Ruiz	20	Impulsividad, Inmediatez, Imposición y Riesgo
Impulsividad	IRS	Impulsivity Rating Scale	1995	Lecrubier	7	
Impulsividad	IVE-J	Escala de Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía	1991	Martorell y Silva	77	
Ocio	EAO	Evaluación de las Actividades de Ocio	2001	Espada	7	
Persuasión	SP	Cuestionario de susceptibilidad a la persuasión	1999	Luengo	5	
Personalidad	TPQ - TCI	Tridimensional Personality Questionnaire		Cloninger		Búsqueda de novedad, Evitación del daño, y Dependencia del refuerzo.
Resolución Problemas	SPSI-R	Cuestionario de evaluación de habilidades de solución de problemas sociales	1996	Maydeu	25	

Tabla 5.3 Instrumentos de evaluación de factores Individuales específicos del consumo de drogas

Medida	Acrónimo	Nombre	Año	Autor	Items
Actitud Drogas	CA	Cuestionario de actitudes hacia las drogas	1990	Escámez	23
Actitud Alcohol		Cuestionario de actitudes hacia el alcohol	1986	Maciá Antón	
Actitud	ESACTA	Escala de actitudes para el tabaco	1998	García del Castillo	39
Actitud	ESACAL	Escala de Actitudes hacia el Alcohol	1998	García del Castillo	39
Actitud	ESACDRO	Escala de Actitudes hacia las drogas	1998	García del Castillo	
Actitud-Intención	CIC	Cuestionario de Intención de Consumo	1999	Luengo	7
Actitud-Intención		Cuestionario de Intención de Consumo	1999	Luengo	7
Actitud	CAD	Construyendo salud - CAD	2003	Gómez Fraguela	23
Asertividad		Cuestionario de aserción ante las drogas	2001	Espada	
Consecuencias Alcohol	AOES	Escala de Expectativas de Resultados del consumo de Alcohol	1993	Leigh y Stacy	34
Consecuencias Alcohol	AEQ	Cuestionario de expectativas sobre el alcohol	1987	Brown, Christiansen, Goldman	90
Consecuencias	POSIT	Problem Oriented Screening Instrument for Teens	1998		139
Información Alcohol		Cuestionario de Información sobre el alcohol	1986	Maciá Antón	
Información	CI	Cuestionario de Información sobre drogas	2001	Espada	20
Información	CI	Cuestionario de Información sobre drogas		García del Castillo	
Información	CID	Construyendo salud - CID	2003	Gómez Fraguela	27

Tabla 5.4. Instrumentos de evaluación de factores familiares						
Medida	Acrónimo	Nombre	Año	Autor	Items	Estructura
Multiple	FRIDA	FIR-CD, Cuestionario para la evaluación de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes.	2006	Secades, Carballo, Fernández Hermida, García y García Cueto.	90.	1- Reacción de la familia ante el consumo. 2- Grupo de amigos/ iguales. 3- Acceso a las drogas 4- Riesgo familiar. 5- Educación familiar en drogas. 6- Actividades protectoras. 7- Estilo educativo.
Clima familiar	FES	Escala de Clima Social en la Familia	1974 1984	Moos, Moos y Trickett	90 / 40	Subescala de relaciones. Dimensiones: cohesión, conflicto y expresividad. Subescala de estabilidad. Dimensiones: organización y control.
Conflicto	CTS32	Conflict Tactics Scales	2004	Straus y Douglas	20	Violencia física, verbal y económica
Conflicto	CPIC	Escala de Percepción de los Hijos del Conflicto Interparental		Grych, Seid y Fincham	49	
Socialización	ESPA29	Escala de Socialización Parental	2001	Musitu y García	212	Aceptación / Implicación y Coerción/ Imposición.
Afecto	EA	Escala de Afecto	1999	Fuentes, Motrico y Bersabé	20	Afecto-comunicación; Crítica-rechazo
Afecto	IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment	1987	Armsden y Greenberg	28	Confianza, Comunicación y Alienación
Control	ENE	Escala de Normas y Exigencias	1999	Fuentes, Motrico y Bersabé	28	Forma inductiva, Forma rígida y Forma indulgente
Estilo Educ.	4E	Escala de Evaluación de los Estilos Educativos	1994	Palacios	20	comunicación, afecto, nivel de exigencia, y grado de control
Estilo Educ.		Cuestionario sobre los estilos educativos	2002	Torrente, G		
Estilo Educ.	PCRI	Cuestionario de Crianza parental	2001	Gerard	78	Apoyo, satisfacción, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de rol
Estilo Educ.		Escala de Prácticas Parentales	2010	Andrade y Betancourt		Dos subescalas: madre y padre. Dimensiones: comunicación, confianza, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual.
Comunicación	PACS	Cuestionario de Comunicación Familiar	1982	Barnes y Olson,	20	Dos subescalas: madre y padre. Dimensiones: Apertura a la comunicación y Problemas en la comunicación.

2) Grupos de expertos.

Contemporáneamente a la búsqueda y revisión de los instrumentos de evaluación, se formaron dos grupos de expertos. A cada uno de los miembros de ambos grupos se le facilitó el listado de factores con sus respectivas definiciones (Tabla 5.1) y se le solicitó que produjese el mayor número de ítems posible para cada uno de los factores. Los expertos fueron informados de que los ítems debían poder ser valorados en un escala Likert que variaba de *muy de acuerdo* a *muy en desacuerdo*. Los grupos estuvieron formados por:

Grupo 1. Profesionales (dos profesores de secundaria, dos educadores y cuatro investigadores de disciplinas psico-sociales).

Grupo 2. Jóvenes (30 estudiantes de último curso de Psicología y de Terapia Ocupacional).

Como resultado de esta primera etapa de trabajo dedicada a la producción de ítems, se seleccionaron un total de 214 ítems, teniendo en cuenta únicamente criterios de no reiteración o no ajuste al formato propuesto. Los ítems seleccionados se distribuyen no uniformemente entre los factores (Tablas 5.5, 5.6 y 5.7).

Fase 4. Revisión y depuración del banco de ítems

Selección de ítems

El objetivo de esta fase fue seleccionar los mejores ítems en función de su comprensión y relevancia en el factor. Para ello, un panel de 10 jueces compuesto por dos profesores de secundaria, cinco investigadores y tres educadores (diferentes a los expertos que participaron en la fase anterior) revisaron cada uno de los 214 ítems, valiéndose de un cuestionario estandarizado.

A cada juez se le entregó un cuestionario en el que se presentaban los 214 ítems dentro de su factor teórico de pertenencia. Los 21 factores incluían su correspondiente definición. Su tarea consistió en evaluar los ítems utilizando una escala tipo Likert en función de dos criterios:

- Comprensión : El ítem está bien redactado. Se comprende bien. No se presta a interpretaciones.
- Relevancia: El ítem se ajusta al factor en el que está clasificado.

Además, los jueces podían aportar comentarios o sugerencias de modificación para cada uno de los ítems.

La metodología utilizada en el panel de revisores garantizó las siguientes condiciones:

- Anonimato. Para evitar la posible influencia entre los miembros del grupo, como por ejemplo los efectos de arrastre de la opinión de los miembros con mayor reputación o de la opinión mayoritaria, los expertos fueron contactados individualmente. Los expertos no conocían al resto de miembros y tampoco sus puntuaciones.
- Cálculo del grado de acuerdo. La cuantificación del grado de acuerdo permitió ordenar los ítems según el grado de aceptación de la mayoría.
- Revisión cualitativa. El análisis de los comentarios de los expertos y las variaciones en las formulaciones de los ítems sirvieron de base para mejorar algunos enunciados y redactar nuevos ítems.

Mediante esta tarea se pudo conocer el grado de acuerdo interjueces que alcanzó cada ítem en relación a la comprensión y relevancia. Como resultado de la evaluación de cada ítem se obtuvo un índice de acuerdo, que se utilizó como criterio de selección, agrupándose según los siguientes parámetros:

- los ítems con un acuerdo inferior al 50% fueron eliminados;
- los ítems con un acuerdo entre el 50 y el 70% fueron aceptados para una segunda revisión;
- los ítems que obtuvieron un acuerdo interjueces superior al 70% fueron aceptados.

Una vez obtenidas las respuestas de los 10 jueces, se procedió a la selección y ordenación de los ítems en su forma definitiva. Fruto de este análisis cualitativo, de depuración y filtrado de los 214 ítems originales se seleccionaron 103 ítems:

- 56 (26,17%) mantuvieron la redacción original
- 46 (21,49%) fueron reformulados teniendo en cuenta los comentarios de los expertos.

A los que se añadieron 4 de nueva redacción, por lo que el total de ítems fue 107.

Los 111 ítems restantes fueron eliminados por diferentes motivos. Un primer grupo de 34 ítems (15,88%) adolecía de defectos de redacción que producían confusión o ambigüedad o por incluir en el enunciado cuantificadores que pudieran sesgar la valoración. Otro grupo de 33 ítems (15,42%) fue eliminado por resultar reiterativos frente a otros ítems mejor valorados. Un último grupo de 44 ítems (20,56%) quedó excluido por no corresponderse al factor y ser irrelevante.

Los ítems debían ser valorados en una escala de acuerdo tipo Likert, con cuatro cuantificadores adverbiales, a los que se les asignaron valores numéricos del 1 al 4 (1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = De acuerdo; 4 = Muy de acuerdo). La escala es directa, de manera que una mayor puntuación del sujeto significa un mayor riesgo psicosocial en el aspecto que mide el ítem. La redacción de los ítems se realizó de manera contrabalanceada, con el fin de detectar la aquiescencia, de

manera que 57 enunciados se redactaron de forma directa, es decir, en la misma dirección que el constructo que se mide, y los otros 50 se redactaron de forma inversa. La puntuación obtenida en estos últimos se invirtió para formar parte de la puntuación final de la escala.

Fase 5. Determinación de la población de estudio

Los estudios epidemiológicos constatan que entre los jóvenes españoles los primeros consumos se secuencian a lo largo de la adolescencia, dependiendo del tipo de droga. Según datos de la Encuesta ESTUDES (Observatorio Español sobre Drogas, 2012), los primeros contactos con el alcohol y tabaco se sitúan en torno a los 13 - 14 años, la edad de inicio del consumo de marihuana o haschís son los 14-15 años, mientras que de los 15 a los 16 prueban el éxtasis u otras drogas de diseño. Resultados similares han sido hallados en investigaciones con muestras menores (Gómez-Reino y otros, 1995; Barca Lozano y otros, 1986; García Pindado, 1992; Laespada, 2004 ; Vallés Lorente, 1996). En otros países las edades de inicio para las diferentes sustancias son similares a las españolas (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin y Patton, 2004; Boden, Fergusson y Horwood, 2006; Poelen, Scholte, Engels, Boomsma y Willemsen, 2005).

La adolescencia es una etapa marcada por profundos cambios cognitivos, personales y psicosociales que la hacen más vulnerable a la influencia de factores de riesgo y la convierten en la etapa evolutiva con mayor riesgo de consumo o incluso de evolución hacia consumos abusivos (Wittchen et al. 2008). Esta explicación la comparten las principales teorías que abordan el inicio y mantenimiento del consumo de drogas y otras conductas problemáticas. A modo de referencia cabe citar el Modelo de Desarrollo Social de Catalano, Hawkins et al. (1996), la Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991) y otras teorías que han sido descritas en el Capítulo 3 del presente trabajo.

Considerando la evidencia teórica y el apoyo empírico, y teniendo en cuenta que el objetivo de la escala es cuantificar la presencia de factores de riesgo del inicio del consumo, se determina que la población a la que va dirigido el cuestionario son jóvenes de 14-16 años de edad, que en el ordenamiento escolar español corresponden a los cursos 3º y 4º de la E.S.O.

Fase 6. Definición de la forma de administración y el formato

La forma de administración fue la tradicional de lápiz y papel, en su modalidad colectiva, en el aula donde asistían a clase los sujetos. La elección de este método se justifica por las siguientes razones: la tasa de respuesta es mayor que con otros

tipos de métodos de administración, al estar presente el entrevistador se evitan las respuestas en blanco, es posible formular cuestionarios más extensos y producen una mejor imagen ante los sujetos (Mira y Orozco, 1995).

Por otro lado, considerando un posible sesgo del entrevistador, para la administración de los cuestionarios se seleccionó un grupo de seis jóvenes estudiantes de último curso de universidad que fueron entrenados previamente. Al objeto de evitar la variabilidad debida al entrevistador, se les facilitó un protocolo que contenía las instrucciones y enunciados que debían seguir. La influencia de periodos festivos en la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas fue controlada realizando el primer pase en los meses de noviembre-diciembre, y el segundo a partir de la segunda quincena de febrero y el mes de marzo.

Se enfatizó el carácter voluntario y anónimo de las respuestas. El siguiente texto encabezaba el cuestionario y fue leído por el entrevistador en voz alta antes de comenzar:

A continuación encontrarás una serie de preguntas, léelas con atención y contéstalas con sinceridad.

El cuestionario es TOTALMENTE ANÓNIMO.

No escribas tu nombre, tan solo indicarás una clave.

Es imprescindible que respondas a cada pregunta con total sinceridad. No se trata de un test. No hay respuestas correctas o erróneas. Si no encuentras una respuesta que encaje exactamente con tu opinión marca la más próxima. Si alguna pregunta te resultase incómoda, puedes dejarla en blanco.

Muchas gracias por tu participación.

Fase 7. Realización del ensayo piloto

Al objeto de conocer el comportamiento de la prueba en la población diana, se realizó una prueba piloto a un grupo de 90 estudiantes, segmentados por grupos de edad (12-13, 14-15 y 16-17 años). Se comprobó que:

- El nivel de comprensión de los ítems fue adecuado. Los participantes no indicaron defectos de redacción que pudieran suponer confusión o malentendido.
- El tiempo de cumplimentación se ajustaba a una sesión de clase. Los tres segmentos de edad cumplieron la totalidad de la prueba en menos de 40 minutos.
- No se identificaron dificultades para la autoaplicación.

Los resultados evidenciaron que la prueba se adaptaba a la población diana y no requirió subsanación alguna. Por lo tanto, el cuestionario así obtenido estuvo

constituido por 107 ítems, distribuidos en las escalas de Riesgo Macro-Social: 17 ítems distribuidos en 4 factores; Riesgo Micro-Social: 48 ítems agrupados en 10 factores; y Riesgo Individual: 42 ítems agrupados en 7 factores.

Fase 8. Consideración de otras variables

Además de los ítems para evaluar el constructo, se incluyeron en el cuestionario las siguientes variables:

1. Variables sociodemográficas: sexo, edad.
2. Variables educativas: curso, nota media del curso anterior.
3. Variables familiares: estado civil de los padres, nivel de estudios de los padres, relación de los padres, relación con los padres.
4. Variables económicas: dinero disponible a la semana, dinero gastado a la semana.
5. Variables de consumo: frecuencia de consumo de tabaco y alcohol en los últimos 30 días; frecuencia de consumo de cannabis, éxtasis/drogas de síntesis, anfetaminas y cocaína durante la vida, en los últimos 12 meses y en el último mes; edad de inicio de consumo de todas las sustancias; dinero gastado en el último mes en todas las sustancias; cantidad de amigos que consumen cualquiera de las sustancias.

5.3. Conclusiones

A modo de conclusión, podemos decir que esta primera fase ha permitido identificar las dimensiones teóricas e ítems más relevantes para ser incluidos en el cuestionario de factores de riesgo de consumo. Con este trabajo, realizado teniendo en cuenta tanto el marco teórico de referencia, como la revisión de la literatura existente y la voz de los expertos, se ha conseguido construir el instrumento, de manera que se asegurara su validez de contenido.

Uno de los aspectos que cabría destacar en el proceso de desarrollo del instrumento es la adecuada adaptación tanto del contenido como de la estructura final obtenida respecto a la evidencia teórica y empírica existente, y a las recomendaciones de los expertos que formaron parte del panel de revisores, lo que garantiza la relevancia de los contenidos.

Como se ha indicado en la secuencia de fases seguida en este estudio, el siguiente paso consiste en la administración del cuestionario a una muestra de sujetos para su posterior depuración y primer análisis psicométrico. Esta tarea se presenta en el Estudio 2.

Tabla 5.5 . RIESGO MACROSOCIAL. Revisión del banco de ítems

ME. Mismo enunciado		R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad		E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción		(I) Inverso
Redacción Inicial		Resultado de la revisión		
1. Bajo status socio-económico (7 ítems)		(4 ítems)		
Vivo en un barrio pobre y sin recursos.		R. Vivo en un barrio pobre.		
En vacaciones no nos podemos ir de viaje como las demás familias.		E.R.		
Mis padres no me compran ropa nueva.		E.I.		
Nuestra casa es demasiado pequeña.		E.I.		
Soy afortunado por tener todo lo que necesito.		M.E. (I)		
En mi barrio hay demasiada delincuencia y droga.		E.R.		
Me gustaría vivir en un barrio mejor.		M.E.		
		N. Vivo en un barrio sin posibilidad de actividades sanas		
2. Accesibilidad (8 ítems)		(3 ítems)		
No sabría a dónde dirigirme si quisiera comprar marihuana.		R. Sabría a dónde dirigirme si quisiera comprar marihuana		
Es fácil conseguir alcohol aunque sea menor de edad.		M.E.		
Conseguir hashis o marihuana es fácil.		E.R.		
Conseguir cocaína resulta muy difícil para un chico de mi edad.		M.E. (I)		
Si quisiera podría comprar éxtasis fácilmente.		E.R.		
No tengo problemas en comprar alcohol en el supermercado.		E.R.		
Cuando voy a la disco suelen ofrecerme droga.		E.D.		
En los bares donde suelo ir, si quisiera podría encontrar cualquier droga.		E.R.		
3. Normativa y legislación (11 ítems)		(6 ítems)		
Es difícil que te pille la policía haciendo botellón.		E.I.		
La sociedad está a favor de la legalización de la marihuana.		M.E.		
La legislación actual penaliza duramente el consumo.		R. Llevar marihuana o hachís es legal.		
Llevar marihuana o hashis no es delito.		R. En España está permitido el consumo de cualquier droga		
Está permitido consumir droga en un local privado.		R. La ley debería ser más dura con el consumo de drogas. (I)		
La ley debería ser más dura con el consumo de drogas.		M.E.		
El consumo y compra de drogas debería ser libre.		E.D.		
Es fácil cultivar marihuana en casa.		M.E.		
Es mejor respetar las normas y la ley.		E.I.		
Es seguro cultivar marihuana en casa.		E.D.		
No entiendo porqué no se puede conducir después de haber bebido.		E.R.		
4. Percepción Normativa (6 ítems)		(4 ítems)		
La mayoría de los adultos suelen fumar tabaco.		R. La mayoría de los jóvenes de mi edad fuma tabaco		
El consumo de tabaco y alcohol es muy frecuente.		R. El consumo de alcohol es muy frecuente entre la gente de mi edad		
Pienso que la sociedad está en contra de beber en la calle.		E.R		
Tomar una copa es algo normal entre la gente joven.		E.D.		
La mayoría de los jóvenes de mi edad suelen beber el fin de semana.		R. La mayoría de los jóvenes de mi edad bebe el fin de semana		
La mayoría de los chavales de mi edad han probado los éxtasis.		M.E.		

Tabla 5.6. RIESGO MICROSOCIAL. ESCUELA Revisión del banco de Ítems

ME. Mismo enunciado		R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad		E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción		(I) Inverso
Redacción Inicial		Resultado de la revisión		
5. Actitud negativa hacia la escuela (10 ítems)		(6 ítems)		
Suelo sacar buenas notas.		R. Saco buenas notas. (I)		
No me gusta estudiar, porque no sirve para nada.		R. Me aburre estudiar.		
El disponer de una titulación es imprescindible hoy en día.		E.I.		
Creo que los estudios son importantes para mi futuro.		E.I.		
No es necesario copiarse, si estudias apruebas.		E.I.		
Me gusta ir a clase.		M.E. (I)		
Estudio la ESO porque la ley me obliga.		R. Estudio porque la ley me obliga		
Siento que hago algo útil estudiando.		R. Estudiando me siento útil. (I)		
Detesto la escuela.		E.D.		
Me esfuerzo en estudiar las materias en las que no saco buenas notas.		E.R.		
		N. Creo que los estudios son importantes para mi futuro.		
6. Escaso o nulo interés profesional (6 ítems)		(4 ítems)		
Estudio para que en el futuro pueda tener un trabajo que me guste.		R. Estudio para poder tener un trabajo que me guste. (I)		
Me gustaría ir a la universidad y estudiar una carrera.		M.E. (I)		
Al terminar secundaria, quiero estudiar bachiller o un ciclo formativo.		R. Al terminar secundaria, quiero seguir estudiando. (I)		
Me esfuerzo ahora para conseguir un buen trabajo de mayor.		E.R.		
Tengo claro a qué me gustaría dedicarme en mi trabajo futuro.		E.R.		
Espero tener un buen trabajo para permitirme un buen nivel de vida.		E.I.		
		N. Creo que los estudios son importantes para mi futuro.		
7. Baja o nula participación (5 ítems)		(3 ítems)		
Evitaría ser el delegado de clase.		R. Me gustaría ser delegado de clase(Inverso)		
Me gusta participar en las actividades extra-escolares.		R. Estaría dispuesto a apuntarme a actividades extraescolares después de clase(I)		
Me apuntaría a actividades después de clase.		E.D.		
Prefiero estar en casa a ir a clase.		E.R.		
Me gusta hacer excursiones con mi clase.		R. Me gusta hacer excursiones con mi clase. (I)		

Continúa

Tabla 5.6. RIESGO MICROSOCIAL FAMILIA. Revisión del banco de Items (Continuación)

ME. Mismo enunciado	R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad	E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción	(I) Inverso	
Redacción Inicial		Resultado de la revisión	
8. Actitud de los padres hacia las drogas (10 ítems)		(6 ítems)	
Mis padres me previenen sobre los riesgos de consumir droga.		M.E. (I)	
Aunque mis padres fuman, se enfadarían si se enterasen que yo también lo hago.		R. Mis padres se enfadarían si se enterasen que yo fumo tabaco. (I)	
Aunque mis padres beben alcohol, se enfadarían si se enterasen que yo también lo hago.		E.D.	
Si bebo alcohol con moderación, mis padres no me dirán nada.		R. Mis padres aceptan que beba alcohol con moderación	
Si mi padre me pillase borracho, se enfadaría bastante.		M.E. (I)	
Si mi madre me pillase borracho, se enfadaría bastante.		M.E. (I)	
Mis padres se preocupan por si mis amigos toman droga.		E.R.	
Si mis padres descubrieran que tengo hashish en mi habitación se enfadarían mucho.		R. Si mis padres me pillaran con hachís se enfadarían mucho. (I)	
Mi padre suele beber alcohol.		E.I.	
Mi madre suele beber alcohol.		E.I.	
9. Clima familiar (15 ítems)		(7 ítems)	
Creo que en mi familia vamos cada uno por su lado.		E.R.	
Suelo charlar con mi padre de mis problemas.		E.D.	
Suelo charlar con mi madre de mis problemas.		E.D.	
Creo que somos una familia unida.		E.R.	
Siempre cenamos en familia.		R. En mi casa, nos juntamos toda la familia para cenar (Inverso)	
Ante un problema, pido consejo a mis amigos antes que a mis padres.		E.D.	
Prefiero no comentar mis cosas con mis padres, porque no me entienden.		E.D.	
Paso de mis padres		M.E.	
No me llevo bien con mis padres.		E.D.	
Puedo confiar en mi padre cuando tengo un problema.		M.E. (I)	
Puedo confiar en mi madre cuando tengo un problema.		M.E. (I)	
A diario pasamos algo de tiempo toda la familia junta.		E.R.	
En general, veo poco a mi padre.		M.E.	
En general, veo poco a mi madre.		M.E.	
Creo que mis padres me quieren.		E.I.	
Mis padres no se preocupan por mí.		E.I.	
		N. En mi familia hacemos actividades juntos durante el fin de semana.	

Continúa

Tabla 5.6. RIESGO MICROSOCIAL.FAMILIA. Revisión del banco de Ítems (Continuación)

ME. Mismo enunciado	R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia .	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad	E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción	(I) Inverso	
Redacción Inicial		Resultado de la revisión	
10. Valoración negativa del hogar (9 ítems)		(2 ítems)	
Me gustan los fines de semana porque quedamos todos en casa, y lo pasamos bien.		E.R.	
Necesito salir de casa los fines de semana porque en casa me aburro.		E.D.	
Prefiero estar en casa con los amigos que ir a un bar.		E.R.	
En casa es donde mejor se está.		M.E. (I)	
Comparto hobbies con mis padres (fútbol, series, ropa).		E.I.	
Me gusta ir de viaje con mi familia		E.I.	
Me agobia la compañía de mis padres.		E.I.	
En mi familia discuten mucho.		R. En mi familia se discute mucho.	
Me asusto cuando mis padres se pelean.		E.I.	
11. Supervisión y control (10 ítems)		(5 ítems)	
Mis padres me controlan con quién salgo, donde voy, mis horarios, estudios, etc.		E.R.	
Mis padres me esperan despiertos cuando llego a casa tarde.		E.R.	
Para mis padres es importante que saque buenas notas.		E.D.	
Si suspendo alguna asignatura, mis padres se preocupan.		M.E. (I)	
Mis padres saben donde estoy cuando salgo con mis amigos.		M.E. (I)	
Pienso que mis padres son demasiado severos conmigo.		M.E.	
Mis padres me controlan para que haga los deberes a diario.		E.R.	
Si vuelvo a casa "colocado" mis padres no se dan ni cuenta		R. Si volviera a casa borracho, mis padres se darían cuenta (I)	
El fin de semana vuelvo a dormir a la hora que quiero si avisar		M.E.	
Mis padres son más exigentes que los padres de mis amigos.		E.I.	
12. Estilo familiar (6 ítems)		(4 ítems)	
Las normas familiares las discutimos y las ponemos en común.		M.E. (I)	
En casa nos repartimos el trabajo.		M.E. (I)	
En casa me siento obligado a hacer lo que no quiero.		R. En casa me obligan a hacer lo que no quiero.	
En casa no me hacen ni caso.		E.R.	
En casa, si no estoy de acuerdo con algo, lo digo y lo discutimos.		E.D.	
En casa no puedo decir lo que pienso.		R. En casa digo lo que pienso. (I)	

Continúa

Tabla 5.6. RIESGO MICROSOCIAL-AMIGOS. Revisión del banco de ítems (Continuación)

ME. Mismo enunciado	R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad	E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción	(I) Inverso	
Redacción Inicial		Resultado de la revisión	
13. Presión de grupo (10 ítems)		(6 ítems)	
Fumar me ayuda a relacionarme mejor con los amigos.		M.E.	
Mi grupo de amigos toman y me animan a tomar drogas.		R. Mis amigos me animan a tomar drogas.	
Me importa mucho lo que los demás piensan de mí.		E.I.	
Si un amigo me ofrece un cigarrillo, no tengo problemas en rechazarlo.		R. Si un amigo me ofrece un cigarrillo, lo acepto.	
Si mis colegas se fugan una clase, yo me voy con ellos.		M.E.	
Si me ofrecieran un “porro” en mi grupo de amigos lo aceptaría.		R. Si un amigo me ofreciera un “porro” lo aceptaría.	
A veces me he ido con mis amigos, desatendiendo mis obligaciones.		E.R.	
Si no bebes alcohol en una fiesta en la que todos lo hacen, te sientes desplazado.		E.R.	
Me molesta que mis amigos beban alcohol.		E.D.	
Si mis amigos toman drogas no sé decir “no” y yo también consumo.		R. Si mis amigos toman drogas, me cuesta decir “no” y también consumo.	
14. Ocio (10 ítems)		(6 ítems)	
Me gusta hacer botellones los fines de semana con mis amigos.		M.E.	
Me gusta quedar con mis amigos para hacer deporte.		M.E. (I)	
En mi tiempo libre me gusta leer y escribir.		R. En mi tiempo libre me gusta leer. (I)	
Me gusta hacer música, toco uno o más instrumentos.		E.I.	
Organizo excursiones, viajes y deportes de grupo con mis amigos.		E.I.	
Los fines de semana suelo ir a a bares, pubs, discos, etc.		M.E.	
Me gusta ir a teatro y/o al cine.		E.I.	
En mi tiempo libre me gusta ir a la playa o a la montaña.		M.E. (I)	
Cuando no tengo nada que hacer me quedo en casa solo.		E.I.	
Los fines de semana son más divertidos si te colocas.		M.E.	

Tabla 5.7. RIESGO INDIVIDUAL. Revisión del banco de ítems

Redacción Inicial	Resultado de la revisión
<p>ME. Mismo enunciado R. Reformulado E.I. Eliminado por irrelevancia . N. Nuevo ítem E.D. Eliminado por duplicidad E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción (I) Inverso</p>	
15. Baja Asertividad (16 ítems)	(5 ítems)
Siempre doy mi opinión a pesar de que no coincida con la de los demás.	R. Doy mi opinión a pesar de ser diferente a la de los demás. (I)
Me gusta decir siempre todo lo que pienso.	E.D.
Me callo muchas veces lo que opino, para no ser criticado.	E.D.
Temo decir a un amigo que no beba más, por si se enfada conmigo.	E.I.
Si dos amigos discuten, yo evito dar mi opinión.	E.I.
Puedo defender en una conversación que es mejor pasarlo bien sin beber alcohol.	M.E. (I)
En público afirmo que es peligroso conducir una moto después de pasarte con el alcohol.	E.D.
Puedo decir no a alguien que me ofrece pastillas.	E.I.
Expreso mi punto de vista ante mis compañeros de clase.	M.E. (I)
Intervengo en clase dando mi opinión.	E.D.
Cuando sales con los amigos acabas bebiendo aunque no te apetezca.	E.I.
Si alguien me molesta prefiero esperar a que se largue, en vez de decírselo.	M.E.
Si me propongo hacer algo no me distraigo aunque me llamen mis amigos.	E.I.
Si alguien se cuele en una fila, le llamo la atención.	E.D.
Si observo una injusticia, prefiero no intervenir por si meto la pata.	R. Si observo una injusticia, prefiero quedarme al margen.
Soy fácil de convencer.	E.I.
16. Alta impulsividad (11 ítems)	(4 ítems)
Siento que funciono a impulsos, y a veces me altero.	E.D.
Pienso en las consecuencias antes de hacer algo	R. Antes de hacer algo, pienso en las consecuencias. (I)
A veces digo las cosas sin pensar	R. Digo las cosas sin pensar
Suelo hacer cosas de las que luego me arrepiento.	R. Hago cosas de las que luego me arrepiento
Prefiero evitar los problemas en vez de enfrentarme a ellos y resolverlos	E.I.
Creo que soy demasiado impulsivo/a a la hora de tomar decisiones.	R. Soy demasiado impulsivo/a a la hora de tomar decisiones
Soy violento/a con mis amigos/as y familiares cuando algo no me gusta.	E.I.
A menudo me disperso y no acabo lo que comienzo.	E.I.
Cuando tengo que decidir algo valoro y comparo cada alternativa	E.D.
Al resolver un problema me dejo llevar por la primera idea que me viene a la cabeza.	E.D.

Continúa

Tabla 5.7. RIESGO INDIVIDUAL. Revisión del banco de Ítems (Continuación)

ME. Mismo enunciado	R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad	E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción	(I) Inverso	
Redacción Inicial		Resultado de la revisión	
17. Búsqueda de sensaciones (13 ítems)		(5 ítems)	
Me gustaría probar alguna droga.		E.D.	
Hay que probar de todo para experimentar nuevas sensaciones.		E.D.	
Esnifaría cocaína para saber que se siente.		M.E.	
Me gusta probar nuevas drogas.		M.E.	
Fumo "porros" para no aburrirme.		E.D.	
Si salgo con una chica/o le ofrezco cubatas para pasarlo mejor		E.I.	
Cuando quiero colocarme mezclo el alcohol con la marihuana.		E.I.I.	
Me gusta pasarme.		E.R.	
He probado o me gustaría probar alguna droga que me haga alucinar.		E.D.	
Me gusta tener sensaciones nuevas y excitantes aunque sea ilegal.		E.I.	
Me gusta la velocidad.		M.E.	
Practico o me gustaría practicar deportes de riesgo, como el puenting.		R. Me gustaría practicar deportes de riesgo.	
Me gusta ir vestido diferente a los demás.		M.E.	
18. Escasas habilidades sociales (13 ítems)		(9 ítems)	
Me gusta hablar con mis amigo/as de mis problemas.		M.E. (I)	
Fumar tabaco te hace sentir más importante.		E.R.	
Me resulta fácil conocer gente.		M.E. (I)	
Me cuesta relacionarme con los demás.		M.E.	
Si bebes es más fácil divertirse con la gente.		E.I.	
Puedo confiar en mis amigo/as cuando tengo un problema.		M.E. (I)	
Tengo muchos amigo/as.		M.E. (I)	
Cuando salgo de marcha bebo para no ser tímido/a.		E.I.	
Soy capaz de tener charlas con gente que no conozco.		R. Soy capaz de tener charlas con desconocidos. (I)	
Me gusta conocer gente nueva.		E.D.	
Soy tímido/a.		M.E.	
Si un chico/a me atrae, me acerco y me presento.		R. Si alguien me atrae, me acerco y me presento. (I)	
Me cuesta mirar a los ojos cuando hablo.		M.E.	
19. Baja Autoestima (10 ítems)		(6 ítems)	
A veces me siento inferior a los demás.		R. Me siento inferior a los demás	
Pienso que soy mejor que los demás.		E.D.	
Me siento a gusto conmigo mismo.		M.E. (I)	
Cambiaría muchos aspectos de mi vida.		E.R.	
Me gusta cuando me miro al espejo.		M.E. (I)	
Me gusta más después de haberme tomado dos copas.		E.I.	
Pienso siempre que debería adelgazar		R. Debería adelgazar	
Pienso que todo es muy difícil para mí.		E.D.	
La gente me pide ayuda por que les resuelvo problemas.		M.E. (I)	
Los problemas son oportunidades para demostrar lo que vales		M.E. (I)	

Continúa

Tabla 5.7. RIESGO INDIVIDUAL. Revisión del banco de Items (Continuación)

ME. Mismo enunciado	R. Reformulado	E.I. Eliminado por irrelevancia .	N. Nuevo ítem
E.D. Eliminado por duplicidad	E.R. Eliminado por deficiencias en la redacción	(I) Inverso	
Redacción Inicial		Resultado de la revisión	
20. Información insuficiente o errónea (16 ítems)		(8 ítems)	
Las drogas afectan al crecimiento neuronal.		E.R.	
El consumo de drogas favorece las relaciones sociales		E.R.	
No está demostrado que el tabaco cause cáncer		R. Aún está por demostrar que el tabaco cause cáncer.	
El consumo moderado de tabaco no perjudica la salud.		R. El consumo moderado de tabaco perjudica la salud. (I)	
El tabaco y el alcohol no se consideran drogas		R. El alcohol no se considera droga. (I)	
Fumar tabaco tiene efectos relajantes.		M.E. (I)	
El consumo de alcohol antes de los 20 años puede afectar al normal crecimiento del sistema nervioso.		E.R.	
El alcohol es un estimulante, no un depresor.		R. El alcohol es un estimulante.	
La marihuana no causa dependencia.		E.R.	
Hay drogas que si las mezclas sientan mejor.		E.I.	
La cocaína no causa dependencia.		M.E.	
El consumo de anfetaminas aumenta la capacidad intelectual.		M.E.	
El consumo repetido de LSD puede generar trastornos de personalidad		E.R.	
La marihuana no es mala, porque se saca de una planta y eso natural.		E.I.	
La marihuana no es mala, porque cura a los pacientes de cáncer		E.I.	
El consumo de hachís reduce la capacidad para hacer cosas que requieren coordinación y concentración		R. El consumo de hachís reduce la capacidad de concentración. (I)	
21. Baja percepción del riesgo (12 ítems)		(5 ítems)	
Dos o tres cubatas no afectan a la conducción		M.E.	
El alcohol te vuelve violento/a.		E.R.	
Cuando bebes alcohol acabas haciendo cosas de las que te arrepientes.		E.D.	
El consumo de alcohol es uno de los grandes problemas de la juventud.		M.E. (I)	
Consumir marihuana o hashish todas las semanas supone un riesgo para la salud.		E.I.	
Fumar marihuana afecta a los resultados académicos.		R. Fumar marihuana perjudica los resultados académicos. (I)	
Consumir marihuana o haschis acaba trayendo problemas.		E.D.	
Si controlas lo que te tomas, no tiene porque pasar nada.		M.E.	
El consumo de drogas es uno de los grandes problemas de la juventud.		E.I.	
Consumir éxtasis supone un riesgo para la salud.		E.I.	
Consumir drogas aumenta el riesgo de que ocurran cosas peligrosas.		M.E. (I)	
Se necesita consumir droga mucho tiempo para que empiece a hacer daño.		E.R.	

PARTE II. Parte empírica.

4. Objetivos.

5. Estudio 1. Construcción del cuestionario.

Capítulo 6. Participantes.

7. Estudio 2. Analisis psicométrico del cuestionario

7.1 Escala de riesgo Macro-Social

7.2 Escala de riesgo Micro-Social

7.2.1 Amigos

7.2.2 Escuela

7.2.3 Familia

7.3 Escala de riesgo Individual

7.3.1 Escala de riesgo Individual-Rasgo

7.3.2 Escala de riesgo Individual-Estado

7.3.3 Escala de riesgo Individual Hab. Com.

7.4 Conclusiones

8. Discusión.



Capítulo 6.

Participantes

En este apartado se describe el procedimiento seguido para la captura de la muestra , el número de participantes y los casos anulados.

A continuación, se expone el análisis descriptivo de la muestra. Los resultados se presentan en dos apartados. El primero dedicado a las características sociodemográficas, y a continuación otro apartado dedicado al consumo y las variables asociadas, que a su vez se divide en tres subapartados: tabaco, alcohol y cannabis..



El universo lo constituye los alumnos de enseñanza secundaria de la provincia de Alicante. Dado que el principal objetivo del estudio es identificar la presencia de las características psicosociales relacionadas con el inicio del consumo de drogas, se decidió que la edad media de los participantes fuese 15 años, asumiendo un rango de 14 - 16 años. En el Capítulo 5 se incluye una justificación más detallada del porqué se seleccionó este grupo de edad. Para acceder a la muestra se seleccionaron los cursos de 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria.

En previsión de posibles negativas a participar en la investigación, se mandaron cartas a la dirección de los centros solicitando la participación, por lo que la selección final no sigue un diseño estrictamente aleatorio. Participaron 19 centros docentes ubicados en 9 municipios distribuidos en población rural y urbana (Tabla 6.1). Una vez obtenida la autorización de la Dirección de cada centro, de la Asociación de madres y padres y de la Consellería de Educación se realizó un muestreo por conglomerados bietápico. Dentro de cada clase se encuestó a todos los alumnos.

Tabla 6.1 Distribución de la muestra por centros educativos.

CENTRO	POBLACIÓN	Rural/Urbano	n
IES Playa De San Juan	Alicante	U	190
IES Antonio J. Cavanilles	Alicante	U	118
Colegio Ntra. Sra. Del Remedio	Alicante	U	41
Colegio Calasancio	Alicante	U	119
IES Leonardo Da Vinci	Alicante	U	32
IES Jorge Juan	Alicante	U	87
IES Biar	Biar	R	111
IES Fajardo Mendoza	Benidorm	R	184
IES Carrús	Elche	U	114
IES Misteri D'elx	Elche	U	152
IES Tirant Lo Blanc	Elche	U	237
IES Jijona	Jijona	R	91
IES Vinalopó	Novelda	R	115
IES La Mola	Novelda	R	123
IES Poeta Paco Molla	Petrer	R	60
IES Azorin	Petrer	R	206
IES Pascual Carrión	Sax	R	135
IES Hermanos Amoros	Villena	R	195
IES Navarro Sta. Fe	Villena	R	166

Participaron 2558 jóvenes en la primera ronda y 2607 en la segunda. Los participantes debían anotar en su hoja de respuestas con un código personal anónimo compuesto por dos letras y cuatro números: los dos últimos números de tu portal, las dos primeras letras de tu nombre y dos últimos números de tu móvil. Dicho código identificó a cada persona que participó en el test y en el retest, salvando la confidencialidad de los datos, y permitió comparar las puntuaciones test-retest.

Una vez introducidos los datos se identificaron y eliminaron 85 casos en la primera ronda y 81 en la segunda, por cumplir alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- haber dejado al menos el 10% de los ítems sin contestar,
- no se emparejaban test-retest,
- haber contestado de forma incoherente o contradictoria

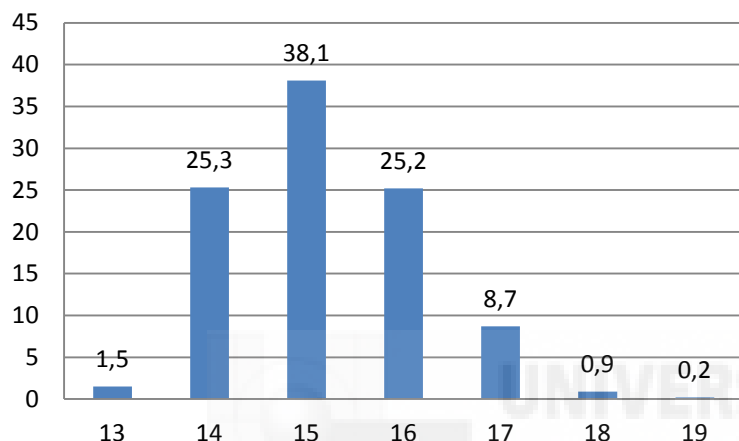
Tabla 6.2 Depuración de la muestra

	1ª Ronda (test)	2ª Ronda (Retest)
Incluidos	2558	2607
Excluidos	85 (3,32%)	81 (3,10%)

6.1. Descriptivo. Sección 1. Características Sociodemográficas y familiares.

6.1.a Edad

La media de edad de la muestra pretest es 15,17 (DT. 0,99; Rango 13-19) y la media del confirmatorio. El 88,6 % de la muestra está representada por 14, 15 y 16 años, que corresponde a la franja de edad de inicio al consumo.

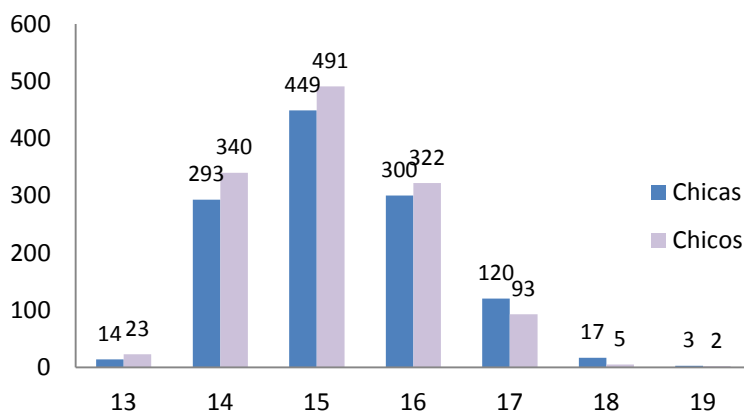


	n	%
13	37	1,5
14	633	25,3
15	941	38,1
16	622	25,2
17	213	8,7
18	22	0,9
19	5	0,2
Total	2473	100
Perdidos	3	
Total	2476	

Figura 6.1 Distribución de la muestra por edades.

6.1.b Género

La muestra está compuesta por 1197 chicos y 1278 chicas. Ambos sexos mantienen una representación equivalente con solo 3.3 puntos porcentuales de diferencia.

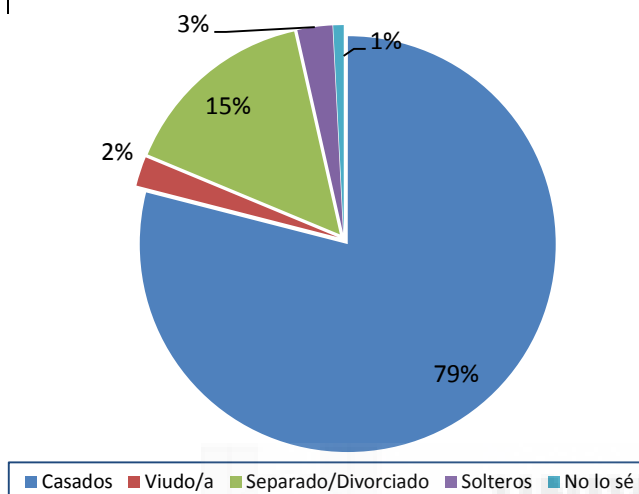


	n	%
Chicos	1197	48,4
Chicas	1278	51,6
Total	2475	100,0
Perdidos	1	
Total	2476	

Figura 6.2. Distribución del género y edad

6.1.c Estado civil de los padres.

La gran mayoría de los padres 79% están casados, seguidos por los separados o divorciados 13,65%, los viudo/as 2,37 y los soltero/as 2,26%.



	n	%
Casados	1944	79,0
Viudo/a	56	2,3
Separado/Divorciado	374	15,2
Solteros	67	2,7
No lo sé	20	,8
Total	2461	100,0
Perdidos	15	
	2476	

Figura 6.3 Estado civil de los padres

6.1.d Nivel de estudio de los padres

El nivel académico de padres y madres presenta gran similitud. La mayoría han cursado estudios secundarios y universitarios. El porcentaje de jóvenes que desconocen el nivel de estudios de sus padres es elevado en ambos casos.

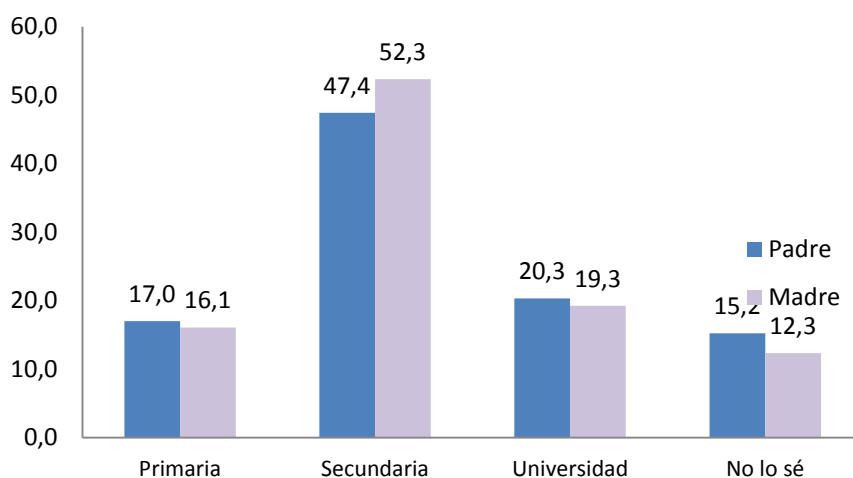


Figura 6.4 Nivel de estudios alcanzados por el padre y la madre

6.1.e. Relaciones familiares

Cuando a un adolescente se le pregunta sobre la relación de sus padres, en la respuesta a menudo se mezcla la realidad con el deseo. Resulta difícil discernir en que proporción la respuesta se encuentra arrastrada por una percepción sesgada hacia la idea de que sus padres se quieren. Así mismo, es plausible plantear que los padres muestren su mejores intenciones cuando los hijos están presentes, pudiendo generar una distorsión en la percepción del clima de la relación conyugal. Un efecto similar podría esperarse en la relación hijo/a con madre/padre. Por consiguiente, este resultado conviene tomarlo con prudencia ya que es posible que muchas respuestas se hayan podido ver sesgadas hacia el muy bien.

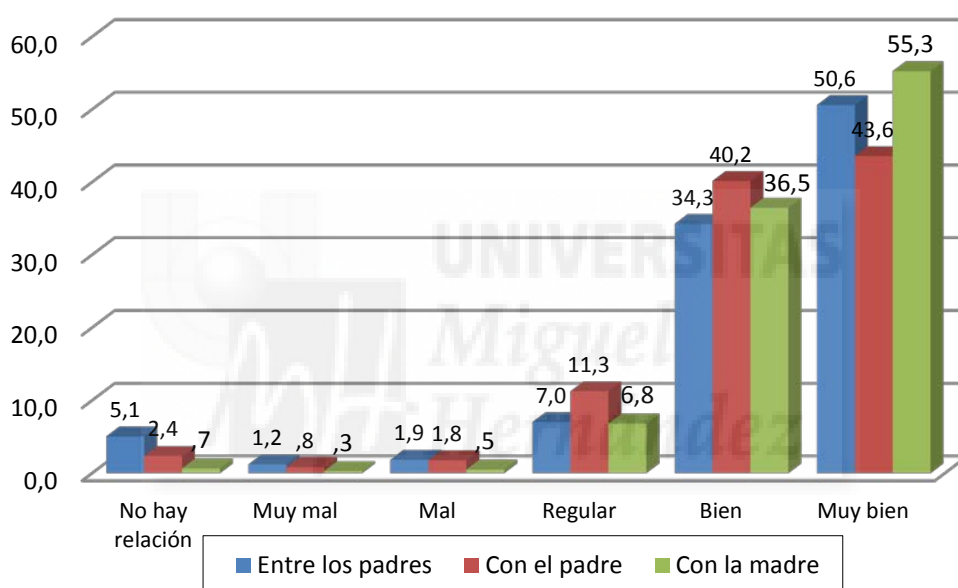


Figura 6.5 Relaciones familiares

Tabla 6.6 Relaciones familiares

	Entre los padres		Con el padre		Con la madre	
	n	%	n	%	n	%
No hay relación	125	5,1	57	2,4	16	0,7
Muy mal	30	1,2	20	0,8	7	0,3
Mal	46	1,9	43	1,8	12	0,5
Regular	174	7,0	271	11,3	165	6,8
Bien	848	34,3	966	40,2	882	36,5
Muy bien	1252	50,6	1048	43,6	1336	55,3
Total	2475	100,0	2405	100,0	2418	100,0
Sistema	1		71		58	

6.1.f. Dinero semanal

La disponibilidad de dinero a la semana alcanzó un máximo de 100 euros en 5 participantes. Sólo 4 jóvenes respondieron que disponían de más de 100 euros a la semana, por lo que se consideró una cantidad excesiva muy desviada de la media 13,07 euros, y por lo tanto que no correspondía con la realidad, probablemente fruto de un error de transcripción o una respuesta no sincera. Se decidió eliminarlos. El 60,7% dispone de 10 o menos euros a la semana y el 30% dispone de 11 a 20 euros semanales. La disponibilidad media fue 13,07 euros a la semana (D.T.10,75).

En cuanto al gasto, se siguió el mismo criterio de filtrado, por lo que se eliminaron 3 casos que informaron gastar más de 100 euros semanales. El 94,8% gasta de 20 o menos euros a la semana (el 73,2% gasta 10 euros o menos y el 21,6% gasta entre 11 y 20 euros semanales). El gasto medio semanal fue 9,86 euros (D.T. 8,16).

	Disponible	Gasto
N Válidos	2338	2330
Perdidos	138	146
Media	13,07	9,86
D.T.	10,75	8,16
Mínimo	0	0
Máximo	100	100

6.1.g Habitat

Se definieron dos tipos de hábitats: rural y urbano, en función del número de habitantes. El hábitat rural está formado por poblaciones con menos de 50.000 habitantes. Se vigiló que el reparto de los centros escolares fuese equitativo en cada hábitat (48% en urbano y 52% en rural). Sin embargo, debido a la variabilidad en la participación de los estudiantes, la muestra procede principalmente de poblaciones rurales (n=1576, 63,7%).

	Frecuencia	Porcentaje
Rural	1576	63,7
Urbano	900	36,3

6.2. Descriptivo. Sección 2. Perfiles de consumo.

6.2.1 Tabaco

6.2.1.a. Consumo de tabaco en los últimos 30 días

En todas las categorías de frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días, las chicas muestran porcentajes más altos que los chicos.

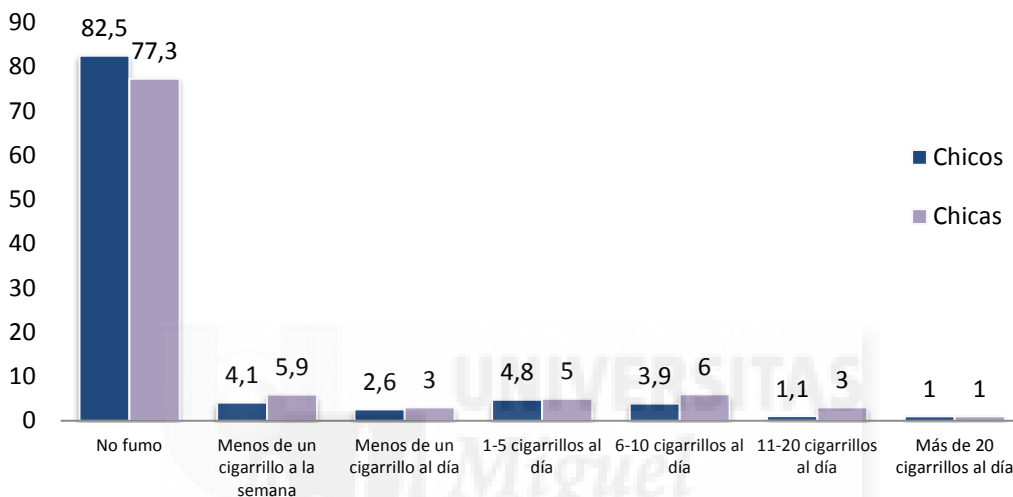


Figura 6.6. - ¿Con qué frecuencia has fumado tabaco durante los últimos 30 DIAS?

	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
No fumo	970	82,5	973	77,3
Menos de un cigarrillo a la semana	49	4,1	74	5,9
Menos de un cigarrillo al día	30	2,6	36	3
1-5 cigarrillos al día	56	4,8	63	5
6-10 cigarrillos al día	46	3,9	70	6
11-20 cigarrillos al día	13	1,1	34	3
Más de 20 cigarrillos al día	12	1,0	8	1
Total	1176	100	1258	100
Perdidos	21		20	
Total	1197		1278	

6.2.1.b Edad

Edad del primer consumo

Aproximadamente la mitad declara haber probado el tabaco, 59,1% de los chicos y el 47,4% de las chicas. La figura 6.7 muestra la distribución de la edad de primer consumo de los chicos y chicas que informaron haber probado el tabaco.

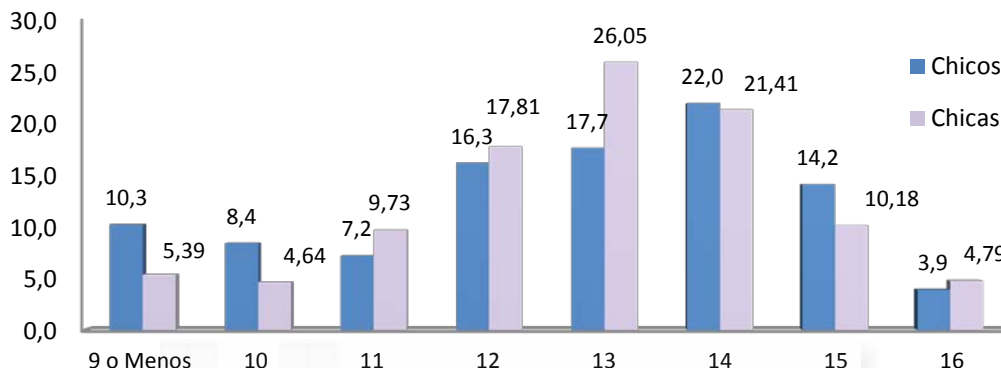


Figura 6.7 ¿Cuántos años tenías cuando probaste tu primer cigarrillo?

Edad de inicio consumo habitual

Una minoría declara fumar a diario, el 18,23% de las chicas y el 12,44% de los chicos. La edad de inicio del consumo diario llega un año después de haber probado el primer cigarrillo: 13,7 años.

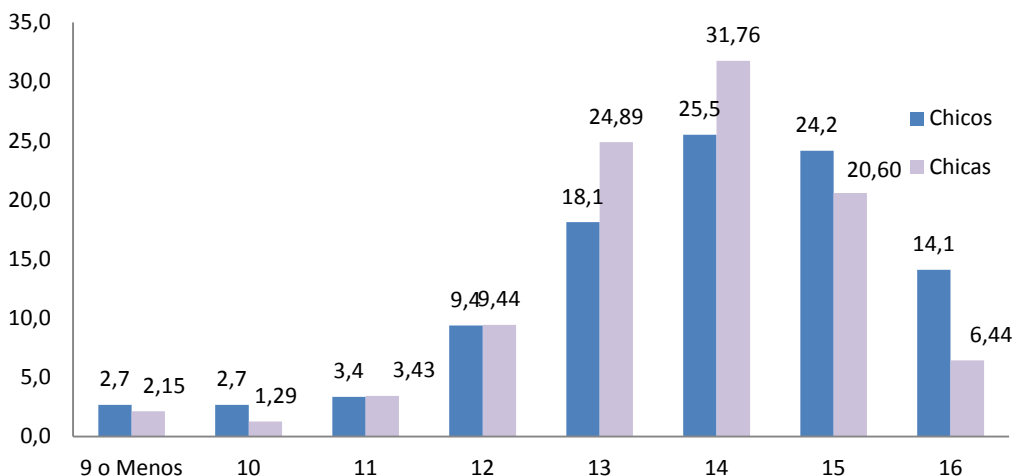


Figura 6.8 Edad en la que comenzaron a consumir habitualmente tabaco

6.2.1.c Gasto en los últimos 30 días

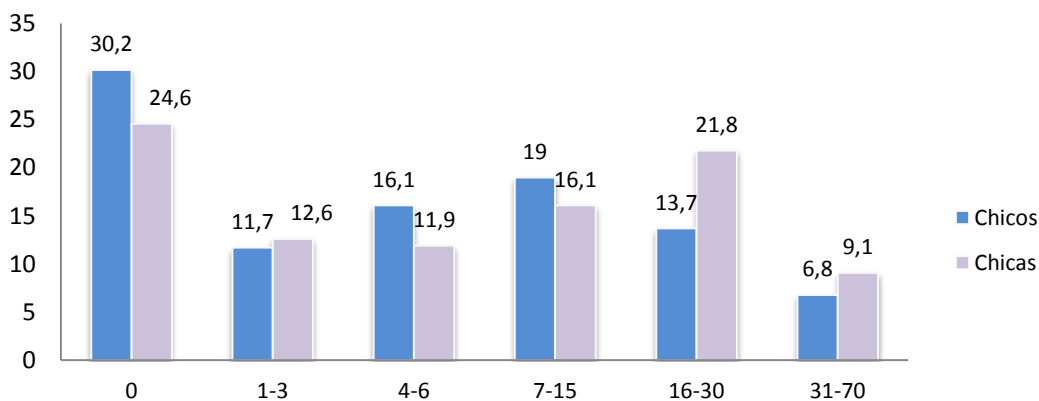


Figura 6.9 ¿Cuántos euros calculas que has gastado en los últimos 30 días en tabaco?

Los que declararon algún consumo de tabaco en los últimos 30 días (206 chicos , 17,2% y 285 chicas , 22,3%) Las chicas gastaron más que los chicos en tabaco, aunque la diferencia no es significativa ($\chi^2 = 9.359$ $p=0.154$).

6.2.1.d Amigos que consumen tabaco

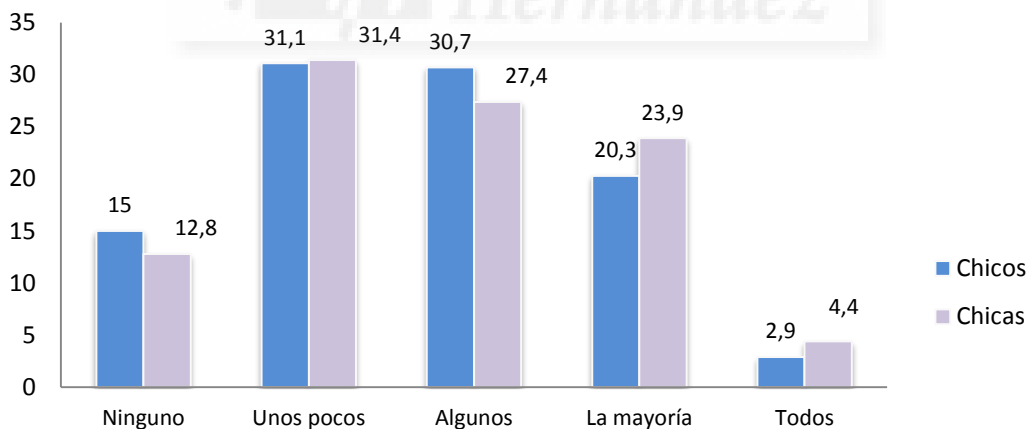


Figura 6.10. ¿Cuántos amigos tuyos calculas que consumen tabaco?

Las chicas declaran tener más amigo/as fumadoras ($\chi^2 = 11.711$ $p=0.020$)

6.2.2 Alcohol

6.2.2.a. Consumo de alcohol en los últimos 30 días

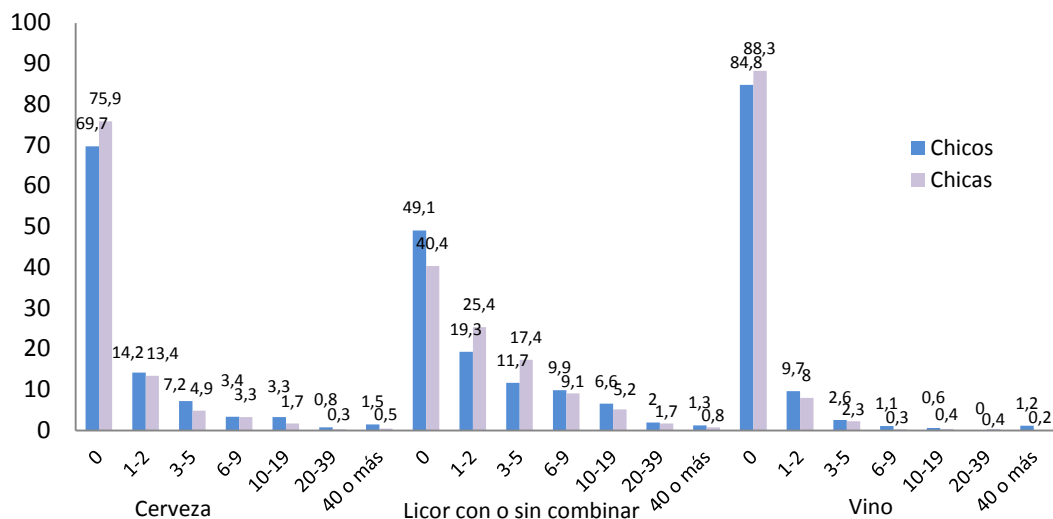


Figura 6.11 ¿Con qué frecuencia has bebido alguna de las siguientes bebidas alcohólicas durante los últimos 30 DIAS?

La frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días es mayor en bebidas de alta graduación con o sin combinar. Más de la mitad de la muestra las ha consumido en los últimos 30 días.

6.2.2.c Edad de inicio

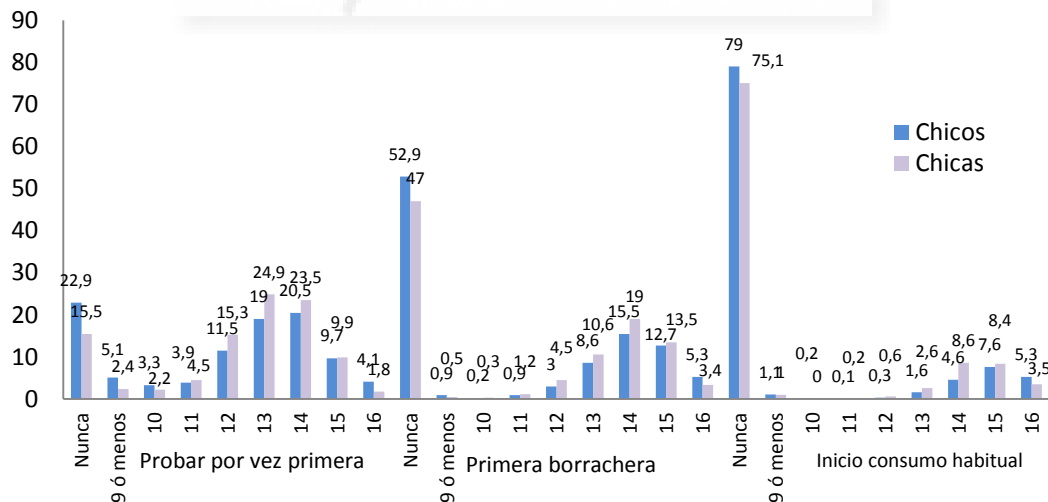


Figura 6.12 Edad de inicio.

6.2.2.d Gasto en los últimos 30 días

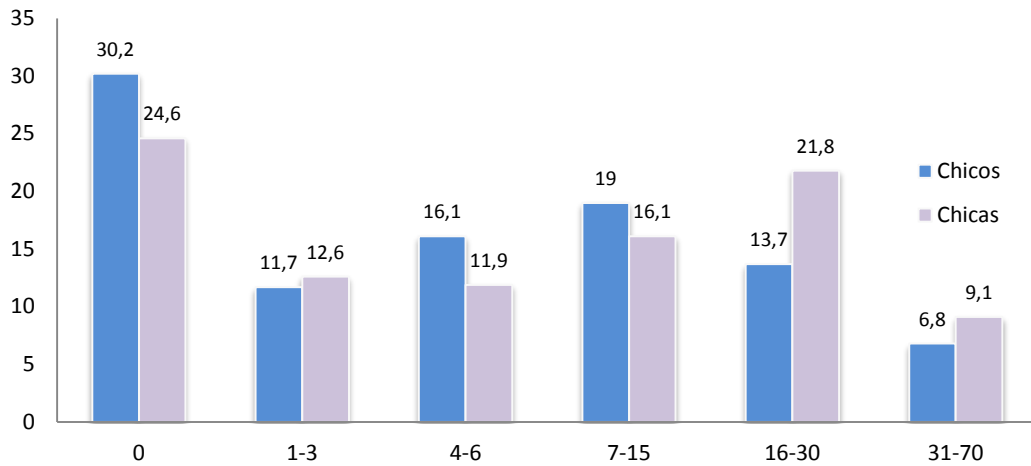


Figura 6.13 ¿Cuántos euros calculas que has gastado en los últimos 30 días en alcohol?

6.2.2.e Amigos que consumen alcohol

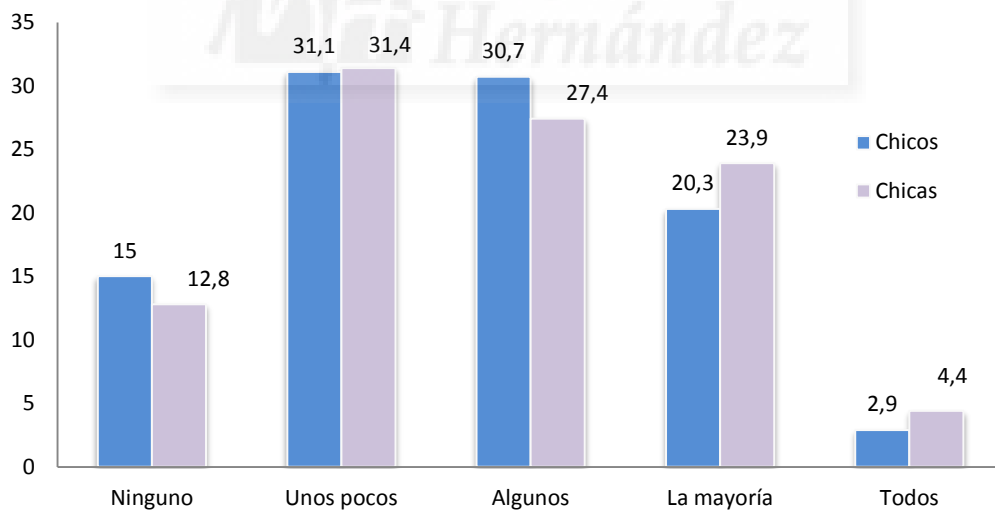


Figura 6.14 ¿Cuántos amigos tuyos calculas que consumen alcohol?

6.2.3 Cannabis

6.2.3.a. Consumo de marihuana en los últimos 30 días

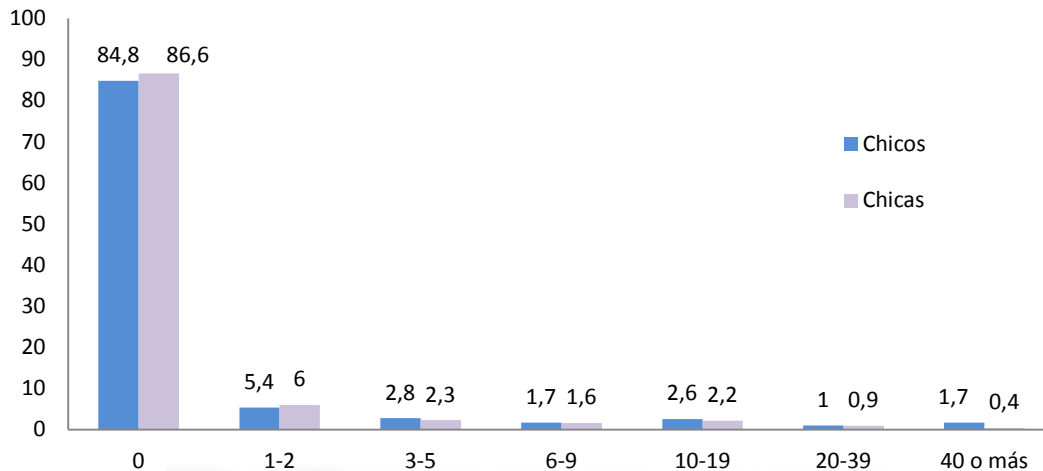


Figura 6.15 ¿Con qué frecuencia has consumido cannabis durante los últimos 30 DIAS?

6.2.3.b Edad

La figura 6.16 muestra los porcentajes de edad de primer consumo y de inicio del consumo habitual (semanal) de los que informan haber consumido alguna vez.

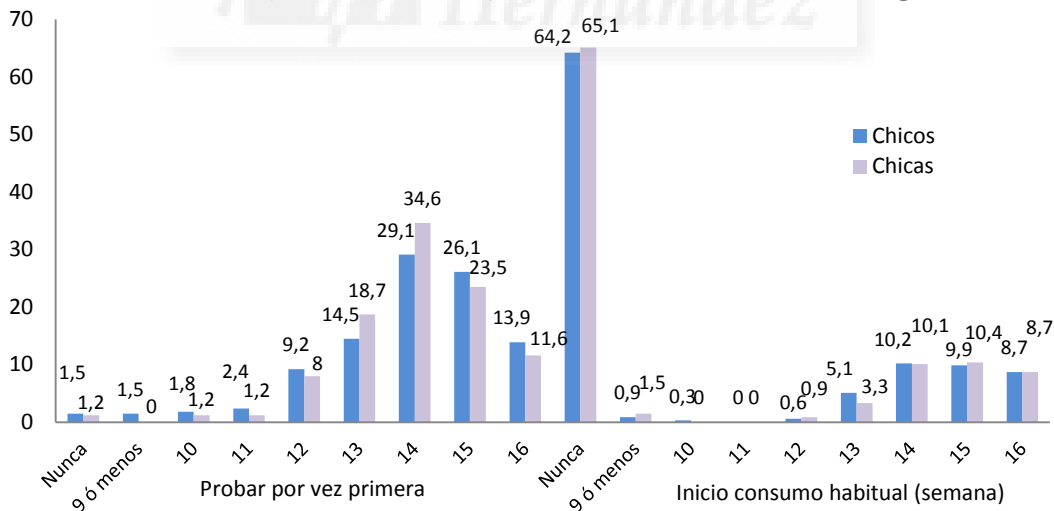


Figura 6.16. Edad de inicio

6.2.3.c Gasto en los últimos 30 días

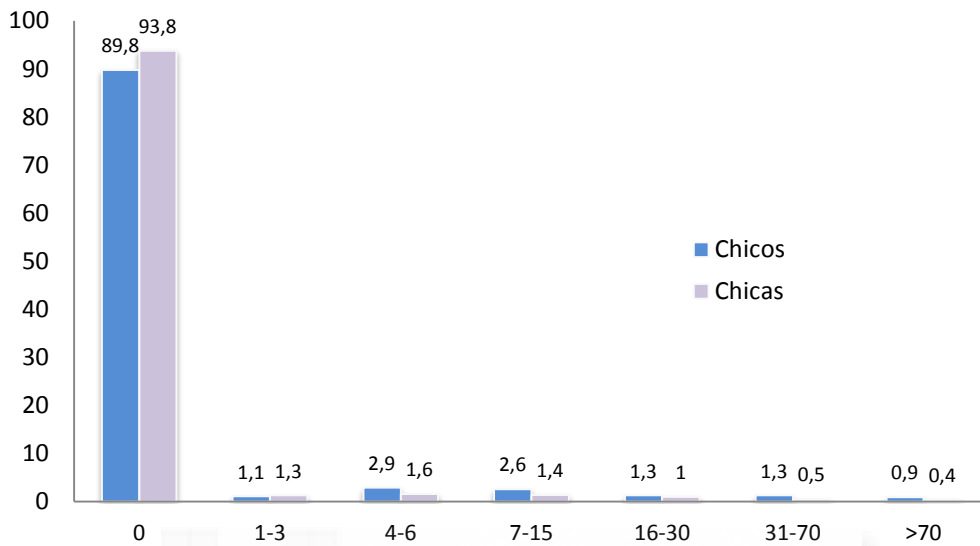


Figura 6.17 ¿Cuántos euros calculas que has gastado en los últimos 30 días en cannabis?

6.2.3.d Amigos que consumen marihuana

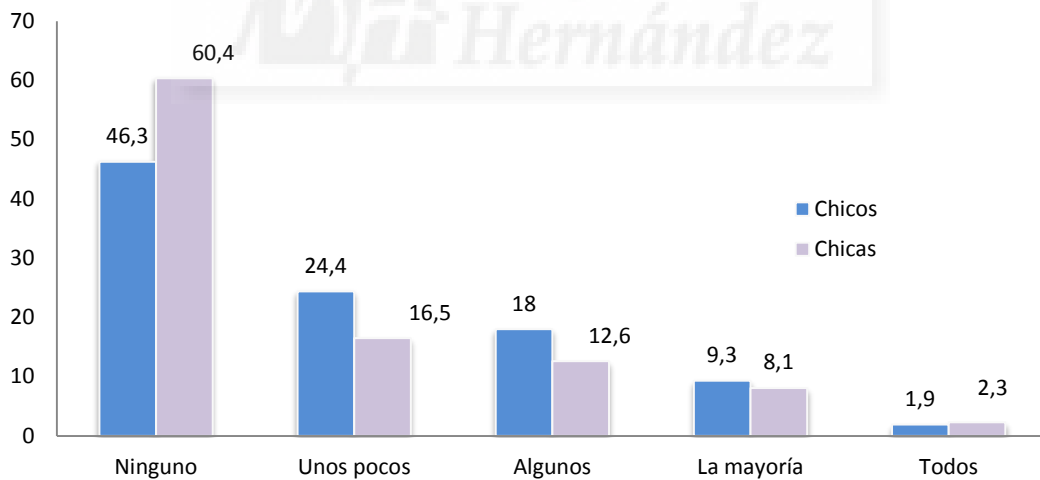


Figura 6.18 ¿Cuántos amigos tuyos calculas que consumen cannabis?



Capítulo 7.

Análisis psicométrico del cuestionario

En este capítulo se analizan las propiedades psicométricas de las siete escalas resultantes. Para cada escala se sigue la misma secuencia compuesta por seis análisis.

En primer lugar se han los estadísticos descriptivos de los ítems. A continuación, se determina la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio a través de modelos de ecuaciones estructurales. En tercer lugar, se analiza la discriminación y la homogeneidad de los ítems. A partir de este momento se obtiene el agrupamiento definitivo de ítems por factor. Seguidamente se calcula la fiabilidad y la estructura factorial. Por último, se analiza la validez de constructo mediante la comprobación de hipótesis que plantean diferencias en las puntuaciones de la escala y sus factores en función de cuatro criterios asociados al riesgo de un consumo abusivo de sustancias.



Capítulo 7.1

Escala de factores de riesgo *Macro-Social*

Contenidos

7.1.1.	Estadísticos descriptivos de los ítems
7.1.2.	Análisis de la estructura interna
7.1.3.	Análisis de los ítems
7.1.4.	Análisis de fiabilidad
7.1.5.	Estabilidad de la estructura factorial
7.1.6.	Análisis de la Validez
7.1.7.	Conclusiones

La Escala de Factores de Riesgo Macro-Social está compuesta por 17 ítems, agrupados en cuatro factores teóricos, tal como se muestra en la Tabla 7.1.1.

Los ítems 1b, 2b, 3.1b y 3.2a son ítems inversos (en cursiva en la Tabla 7.1.1), por lo que sus puntuaciones han sido invertidas de forma previa a la realización del análisis de datos. Por su parte, los cuatro factores son directos, esto es, una mayor puntuación en el factor denota un mayor riesgo psicosocial, y viceversa.

7.1. Escala Macro-Social

TABLA 7.1.1 Estructura teórica de la dimensión de factores de riesgo Macro-Social

Ítem	Enunciado	Factor teórico de pertenencia
1a	Me gustaría vivir en un barrio mejor.	Estatus socioeconómico
1b	Soy afortunado por tener todo lo que necesito.	
1c	Vivo en un barrio pobre.	
1d	Vivo en un barrio sin posibilidad de actividades sanas.	
2a	Es fácil conseguir alcohol aunque sea menor de edad.	Accesibilidad
2b	Conseguir cocaína resulta muy difícil para un chico de mi edad.	
2c	Sabría a dónde dirigirme si quisiera comprar marihuana.	
3.1a	Llevar marihuana o hachís es legal.	Legislación
3.1b	La legislación actual penaliza duramente el consumo de droga.	
3.1c	La ley permite cultivar marihuana en casa.	
3.1d	En España está permitido el consumo de cualquier droga.	
3.2a	La ley debería ser más dura con el consumo de drogas.	
3.2b	La sociedad está a favor de la legalización de la marihuana.	
4a	La mayoría de los chavales de mi edad ha probado el éxtasis.	Percepción Normativa
4b	La mayoría de los jóvenes de mi edad fuma tabaco.	
4c	La mayoría de los jóvenes de mi edad bebe el fin de semana.	
4d	El consumo de alcohol es muy frecuente entre la gente de mi edad.	

7.1.1. Estadísticos descriptivos de los ítems

Tal como indican Nunnally y Bernstein (1995), para disponer de ítems que maximicen la varianza del test, éstos deben tener una alta desviación típica, así como puntuaciones medias de respuesta situadas en torno al punto medio de la escala. En nuestro caso, ya que los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2.5, su varianza máxima 2.25^1 y, por tanto, su desviación típica máxima es 1.5.

Los datos de la Tabla 7.1.2 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que ningún ítem tiene una media extrema, tendiendo, en general, a estar por debajo de la puntuación central, lo que indica un nivel de riesgo medio-bajo. Los ítems 1b, 1c, 1d, 3.1a, 3.1d, 3.2a y 4a presentan las medias más bajas de todos. En el caso de los ítems 2a, 2b, 4b, 4c y 4d las medias son más elevadas (situadas por encima del punto central de la escala), lo que indica un mayor riesgo de consumo en las áreas que reflejan esos ítems.

$$^1 S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

Con respecto a la desviación típica, todas son medio-altas, ya que, en general, se sitúan en torno a 1. Ninguna alcanza el valor máximo de 1.5. Los ítems 1b, 1c y 2c son los que presentan desviaciones inferiores.

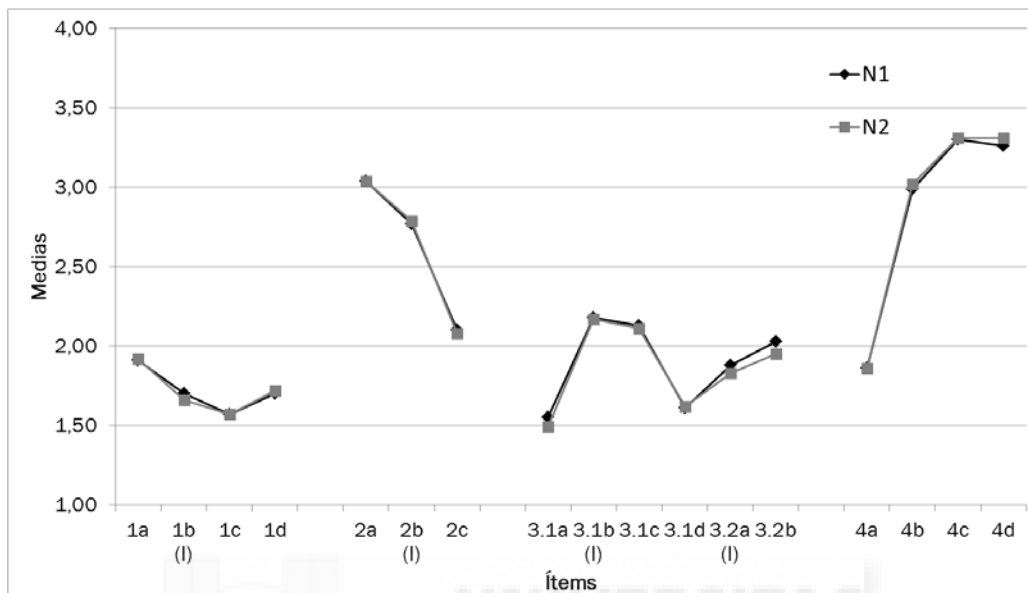
TABLA 7.1.2 Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la dimensión Macro-Social

Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
1a	1.91	0.86	1.92	0.88	-0.18	0.857
1b	1.70	0.68	1.66	0.68	1.45	0.145
1c	1.57	0.64	1.57	0.64	-0.12	0.903
1d	1.70	0.77	1.72	0.75	-0.35	0.724
2a	3.04	0.96	3.04	0.92	-0.01	0.989
2b	2.77	1.00	2.79	0.98	-0.36	0.718
2c	2.10	0.12	2.08	0.10	0.40	0.688
3.1a	1.55	0.81	1.55	0.81	1.84	0.065
3.1b	2.18	0.97	2.17	0.95	0.21	0.826
3.1c	2.13	1.00	2.11	0.96	0.40	0.686
3.1d	1.61	0.72	1.62	0.75	-0.43	0.662
3.2a	1.88	0.93	1.83	0.90	1.15	0.249
3.2b	2.03	0.92	1.95	0.91	1.88	0.060
4a	1.86	0.81	1.86	0.82	0.15	0.874
4b	2.99	0.79	3.02	0.81	-0.92	0.356
4c	3.30	0.76	3.31	0.75	-0.27	0.787
4d	3.26	0.78	3.31	0.72	-1.42	0.155

La Tabla 7.1.2, además, muestra la prueba t de Student de diferencias de medias entre ambas submuestras. Se observa que, en todos los casos, no existen diferencias en las puntuaciones entre ambas.

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.1.2, así como su representación en la Figura 7.1.1, podemos concluir que no se ha producido dicho fenómeno.

Figura 7.1.1. Media aritmética de los ítems de la Escala Macro-Social



7.1.2. Análisis de la estructura interna

Para determinar la estructura interna de la escala se recurrió al análisis factorial a través de modelos de ecuaciones estructurales. El objetivo de realizar este análisis es comprobar si los ítems reproducen la estructura teórica, ya planteada en la fase de construcción de la escala, en una muestra extraída de la población. Es decir, si los ítems son unos buenos representantes de lo previsto en la definición del constructo.

Un modelo de ecuaciones estructurales representa una serie de hipótesis acerca de cómo se generan y relacionan las variables incluidas en el análisis (Hu y Bentler, 1999), y está centrado en las relaciones directas entre los fenómenos empíricos, representados habitualmente por variables latentes no observables (constructos hipotéticos, en nuestro caso los factores propuestos), cuyos indicadores son las variables observadas (en nuestro caso los ítems de la escala) (Hoogland y Boomsma, 1998). Por tanto, representan la estructura subyacente entre variables en términos de covarianzas poblacionales, que pueden ser expresadas como funciones de los parámetros poblacionales desconocidos. Consecuentemente, su principal propósito es estimar los parámetros poblacionales de dichos modelos, utilizando para ello una muestra de covarianzas basadas en N observaciones (Hoogland y Boomsma, 1998; Hu y Bentler, 1999). Su gran ventaja reside en que permiten proponer el tipo de relaciones que se espera encontrar entre las diversas variables, para pasar

posteriormente a estimar los parámetros que vienen especificados por las relaciones propuestas (Ruiz, 2000), por lo que también se denominan modelos confirmatorios.

El modelo inicial se construyó a partir de los 17 ítems iniciales de la dimensión, agrupados en cuatro factores o variables latentes diferentes denominadas *Estatus socioeconómico*, *Accesibilidad*, *Legislación* y *Percepción normativa*. El modelo está integrado por un total de 38 variables, de las cuales 21 son variables exógenas y 17 son endógenas. Aparecen 17 variables directamente observables, también llamadas indicadoras, representadas a través de rectángulos. Junto a ellas aparecen asociados los errores de medida y las cuatro variables latentes (variables no observadas directamente) representadas mediante elipses.

En cuanto a la estimación de los parámetros del modelo, el método más utilizado es el de máxima verosimilitud (ML, Maximum Likelihood), que requiere normalidad multivariada. De acuerdo con Bollen (1989), existe normalidad multivariada si el coeficiente de Mardia es inferior a $p^*(p + 2)$, donde p es el número de variables observadas. Teniendo en cuenta que en este estudio existían 17 variables observadas y el coeficiente de Mardia fue de 58.21, se puede asumir la existencia de normalidad multivariada. La presencia de normalidad en los datos confirma la conveniencia de la elección del método ML en el análisis.

Los modelos aparecen representados en las Figuras 7.1.2 y 7.1.3, junto con las estimaciones los parámetros del modelo. Estas estimaciones se muestran estandarizadas para que la interpretación del modelo sea más sencilla. Los pesos de las rutas que van desde los factores a las variables observadas indican el peso de los ítems en el factor. Por su parte, en la parte superior de los rectángulos que representan a las variables observables, encontramos los coeficientes de determinación, o proporción de varianza de cada ítem que viene explicado por la solución factorial.

El modelo inicial (Figura 7.1.2) presenta cargas bajas en los ítems 1b, 2b, 3_1b y 4a. Se llevó a cabo un proceso de depuración iterativo en el cual éstos se eliminaron, junto con los ítems 1a, 1c y 1d, ya que mejoraba el ajuste del modelo, desapareciendo, así, el factor *Estatus socioeconómico*.

Con respecto a la evaluación del ajuste del modelo, ésta trata de determinar, además de la adecuación de los distintos parámetros estimados, del grado de ajuste del modelo en su conjunto. El grado de ajuste global del modelo a los datos disponibles requiere del análisis de diversos estadísticos. La literatura distingue entre varios tipos de índices de ajuste: índices absolutos, índices relativos e índices basados en el parámetro de no centralidad (Newsom, 2005), de los que en este trabajo vamos a considerar una parte para la evaluación del modelo.

El índice original de bondad de ajuste es χ^2 . Permite contrastar la hipótesis nula de que el modelo es correcto, de manera que valores elevados del estadístico indican un pobre ajuste, mientras que valores reducidos representan menor discrepancia entre las matrices de covarianza muestral y ajustada y, por tanto, un buen ajuste. Es muy utilizado, aunque, en la práctica, puede resultar no ser un muy buen índice, ya que plantea problemas en la evaluación con muestras grandes, llevando a rechazar los modelos aunque los residuos sean bastante pequeños (Bentler y Bonnet, 1980; James, Mulaik y Brett, 1982; Mulaik, James, Alstine, Bennett, Lind y Stilwell, 1989). Por esta razón, se calcula la proporción χ^2/gf , denominado χ^2 relativo. Si esta razón es inferior a 5, se asume que el ajuste del modelo es adecuado (Hu y Bentler, 1999). Otros autores, como Carmines y McIver (1981) y Kline (1998) establecen un valor de 3 para la aceptación del modelo.

De los denominados *índices relativos o incrementales*, que evalúan la mejora proporcional del modelo comparando el modelo con uno más restringido que se utiliza como línea base, vamos a utilizar el *Índice de Tucker Lewis (TLI)* o *Índice de Ajuste No Normado de Bentler-Bonett (NNFI)*. Según los autores, un valor entre 0.90 y 0.95 se considera marginal, superior a 0.95 se interpreta como un buen ajuste, mientras que por debajo de 0.90 se considera un modelo con un ajuste pobre.

Por su parte, los *índices de parsimonia* son índices relativos que resultan de ajustar muchos de los índices anteriores, penalizando a aquellos modelos que son menos parsimoniosos, de manera que cuanto más complejo es el modelo menor es el valor que arroja el índice. De entre todos los disponibles, utilizamos el índice CFI. Siguiendo a Mulaik, et al. (1989) consideramos apropiados valores de, al menos, 0.90.

Por último, del grupo de los *índices basados en el parámetro de no centralidad* utilizamos la *Raíz del Residuo Estandarizado Cuadrático Medio (RMSEA)*, que representa el error de aproximación medio por grado de libertad, compensando así el efecto de la complejidad del modelo. MacCallum, Browne y Sugawara (1996) plantean los puntos de corte 0.01, 0.05 y 0.08 para indicar un ajuste excelente, bueno (razonable error de aproximación) y mediocre, respectivamente. Sin embargo, otros autores han sugerido 0.10 como punto de corte para un mal ajuste. Suele ir acompañado del intervalo de confianza. Su principal ventaja es que es uno de los índices que menos se ven afectados por el tamaño muestral (Browne y Cudeck, 1992; Jöreskog y Sörbom, 1993).

En la Tabla 7.1.3 se muestran los índices de bondad de ajuste de ambos modelos. Como se observa, en el caso del modelo inicial, los índices muestran un mal ajuste del modelo a los datos, ya que el índice TLI no alcanza el valor de 0.95 y

el índice CFI no llega a 0.90. Por el contrario, el modelo final presenta un buen ajuste en todos los índices. El modelo final, ya depurado, se presenta en la Figura 7.1.3.

Figura 7.1.2. Dimensión Macro-Social: Modelo Inicial

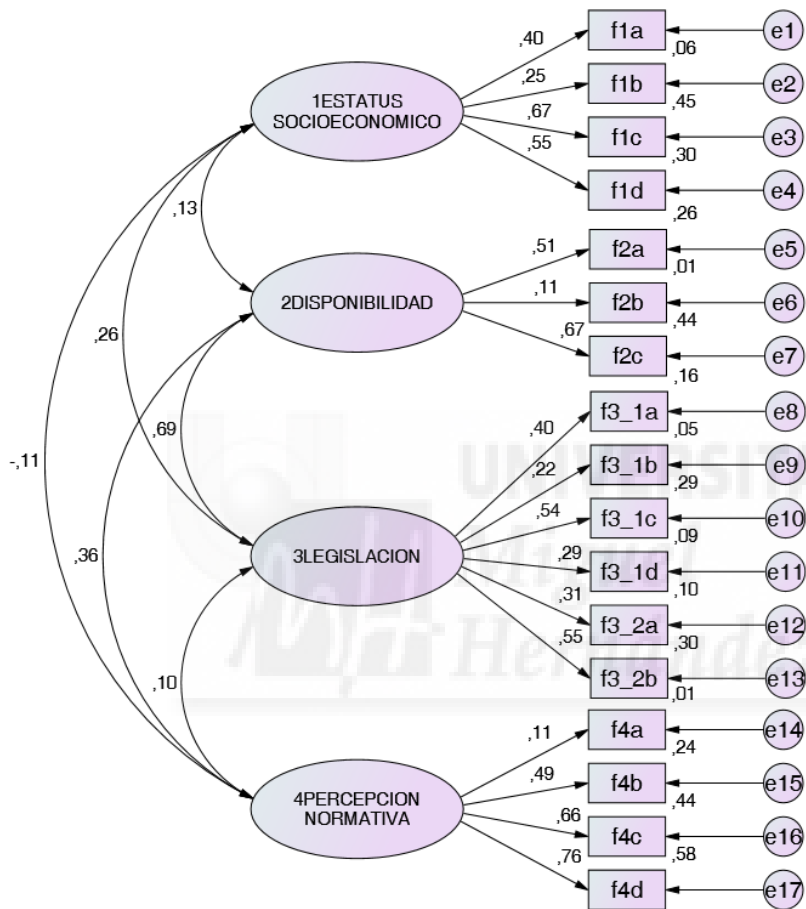


Figura 7.1.3 Dimensión Macro-Social: Modelo Final

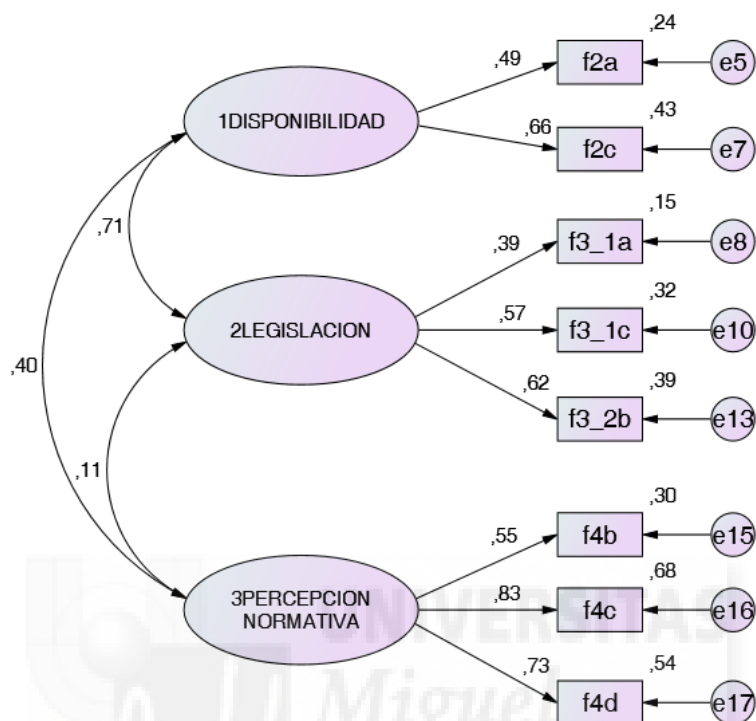


Tabla 7.1.3. Índices de bondad de ajuste de la dimensión Macro-Social

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	TLI	CFI	RMSEA	CI_{RMSEA}
Inicial	N ₁	337.16	113	0.000	2.98	0.84	0.86	0.04	0.04-0.05
	N ₂	302.95	113	0.000	2.68	0.85	0.88	0.04	0.04-0.05
Final	N ₁	39.38	17	0.000	2.26	0.96	0.98	0.04	0.02-0.05
	N ₂	61.12	17	0.000	3.60	0.93	0.96	0.05	0.04-0.07

7.1.3. Análisis de los ítems

7.1.3.a. Análisis de discriminación

La capacidad de discriminación de los ítems se evaluó con referencia a la puntuación total de la dimensión de pertenencia del ítem a través de su correlación corregida, esto es, la correlación de cada ítem con todos los ítems de la dimensión excluido él mismo, de manera que no se aumentara de forma espuria el valor del coeficiente de correlación. A este coeficiente se le denomina índice de

discriminación. El análisis se realizó por factor (en función del modelo obtenido en el apartado anterior), ya que es en ese contexto donde tiene sentido la valoración de las propiedades de los ítems, tal como defiende la mayoría de los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Whiteside y Lynam, 2001). Para la valoración de los índices de discriminación nos apoyamos en los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), que consideran como adecuados los valores superiores a 0.25–0.30.

Como se observa en la tabla 7.1.4, la discriminación de los ítems oscila en el intervalo 0.24–0.54 y 0.27–0.52, para las muestras 1 y 2, respectivamente. Los ítems más discriminativos son los pertenecientes al factor *Percepción Normativa*, con correlaciones iguales o mayores a 0.40. El ítem 3.1a apenas supera el nivel mínimo de discriminación esperado en la muestra 1. Sin embargo, se decidió mantenerlo por su relevancia teórica.

Tabla 7.1.4. Índices de discriminación de los ítems de la dimensión Macro-Social

Factor	Ítem	Modelo Final	
		N ₁	N ₂
Accesibilidad	2a	0.334	0.298
	2c	0.334	0.298
	3.1a	0.241	0.267
Legislación	3.1c	0.321	0.361
	3.2b	0.346	0.374
	4b	0.401	0.401
Percepción Normativa	4c	0.501	0.516
	4d	0.537	0.500

7.1.3.b. Análisis de homogeneidad

Entendemos que un ítem es homogéneo con el factor en que está ubicado si dicho ítem evalúa fundamentalmente sólo a dicho factor, es decir, si es representativo de ese factor y no de otros (Cortina, 1993).

Para establecer el grado de homogeneidad de los ítems se ha calculado la correlación entre la puntuación de cada ítem con la puntuación total del resto de factores que no sean la de pertenencia teórica y con la suya propia. Es esperable que cada ítem muestre una mayor relación con su propio factor que la que muestra con

7.1. Escala Macro-Social

los demás factores de la escala. A este respecto, sería deseable encontrar diferencias positivas a favor de la correlación del ítem con la puntuación total de su factor de al menos dos décimas, tal como recomienda Jackson (1970). En la Tabla 7.1.5 se observa que todos los ítems se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su factor que con el resto de factores de la escala. En concreto, los ítems de los tres factores presentan correlaciones muy bajas o prácticamente nulas con el resto de factores. En cualquier caso, siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson.

Tabla 7.1.5 Correlaciones de los ítems con los factores de la dimensión Macro-Social

Ítem	N ₁			N ₂		
	Accesibilidad	Legislación	P.Normativa	Accesibilidad	Legislación	P.Normativa
2a	0.79	0.25	0.22	0.77	0.22	0.21
2c	0.85	0.38	0.16	0.84	0.42	0.15
3.1a	0.20	0.62	-0.01	0.22	0.62	-0.02
3.1c	0.31	0.75	0.09	0.34	0.76	0.08
3.2b	0.29	0.73	0.12	0.29	0.75	0.08
4b	0.13	0.06	0.74	0.14	0.04	0.75
4c	0.18	0.09	0.78	0.19	0.08	0.79
4d	0.22	0.08	0.81	0.19	0.04	0.78

Sombreado las correlaciones de los ítems con su factor de pertenencia

7.1.4. Análisis de fiabilidad

La justificación de presentar ahora el apartado de análisis de fiabilidad y no antes, es que no es hasta este momento cuando se tiene el agrupamiento definitivo de ítems por componente o factor. En las pruebas que normalmente se construyen o se adaptan en Psicología Clínica y de la Salud lo frecuente es delimitar constructos multicomponente, es decir, definidos por varios factores o dimensiones que se postulan como elementos a considerar aisladamente. En estos casos resulta totalmente inadecuado calcular el coeficiente alpha (α) de Cronbach para el total de la escala, ya que éste debería ser estimado para cada faceta del constructo (Cortina, 1993). Así pues, se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores.

Dado que el coeficiente alpha (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez. 2005).

El coeficiente alpha de Cronbach se ha calculado mediante la aplicación de la fórmula

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^n \sigma_j^2}{\sigma_x^2} \right)$$

donde.

n : número de ítems del test

$\sum_{j=1}^n \sigma_j^2$: suma de las varianzas de los n ítems

σ_x^2 : varianza de las puntuaciones del test

El cálculo del coeficiente Omega (ω) de McDonald se basa en los resultados del análisis de ecuaciones estructurales y viene dado por:

$$\omega = \frac{\left(\sum_{j=1}^J \lambda_j \right)^2}{\left(\sum_{j=1}^J \lambda_j \right)^2 + \sum_{j=1}^J \psi_j^2}$$

donde.

λ : coeficientes de ruta del modelo

ψ^2 : varianzas de error

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.1.6. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias. 1996; Muñiz. 1996). Cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0.70 (Nunnally y Bernstein. 1995) por lo que en el caso de los factores *Accesibilidad* y *Legislación* los índices encontrados resultan aceptables. Conviene indicar aquí que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, de manera que un mayor número de ítems favorece valores altos de fiabilidad.

Tabla 7.1.6 Consistencia interna de los factores de la dimensión Macro-Social.

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Accesibilidad	0.50	0.45	0.49	0.48
Legislación	0.50	0.52	0.54	0.60
Percepción Normativa	0.67	0.66	0.78	0.78

Por otro lado, tal como destaca Muñiz (1998), desde un punto de vista teórico, y si la prueba y otros aspectos relevantes lo permiten, se debe estimar la fiabilidad como estabilidad temporal mediante la aplicación repetida del test en dos momentos temporales distintos. Es decir, la fiabilidad según el procedimiento test–retest. Para ello, se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.1.7 e indican una estabilidad temporal aceptable.

Sea como fuere, la estimación de la fiabilidad test-retest se enfrenta a una serie de problemas que deben considerarse a la hora de juzgar las estimaciones de fiabilidad ofrecidas. Entre éstos podrían destacarse el efecto de la experiencia o práctica de la primera evaluación sobre la segunda, los cambios “reales” que se producen en el constructo evaluado y el intervalo de tiempo usado para llevar a cabo la nueva administración del test o de una forma paralela de éste (Muñiz, 1998).

En este caso, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test. Ya que aunque la diferencia de medias para dos de los factores en los momentos test y retest es estadísticamente significativa, los tamaños del efecto son pequeños o incluso nulos, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.1.7).

Tabla 7.1.7 Estabilidad temporal de los factores de la dimensión Macro-Social.

Factor	$R_{test-retest}$	Test		Retest		t	p	δ	r^2
		Media	D.T.	Media	D.T.				
N ₁ Accesibilidad	0.69	2.5	0.8	2.6	0.8	-5.74	0.000	0.22	0.05
N ₁ Legislación	0.60	1.9	0.6	1.9	0.6	-0.95	0.344	0.04	0.00
N ₁ Percepción Normativa	0.58	3.2	0.6	3.2	0.6	0.20	0.838	0.01	0.00
N ₂ Accesibilidad	0.68	2.5	0.8	2.7	0.7	-5.38	0.000	0.22	0.05
N ₂ Legislación	0.59	1.8	0.6	1.9	0.6	-4.21	0.000	0.17	0.03
N ₂ Percepción Normativa	0.61	3.2	0.6	3.2	0.6	0.27	0.787	0.01	0.00

7.1.5. Estabilidad de la estructura factorial

Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

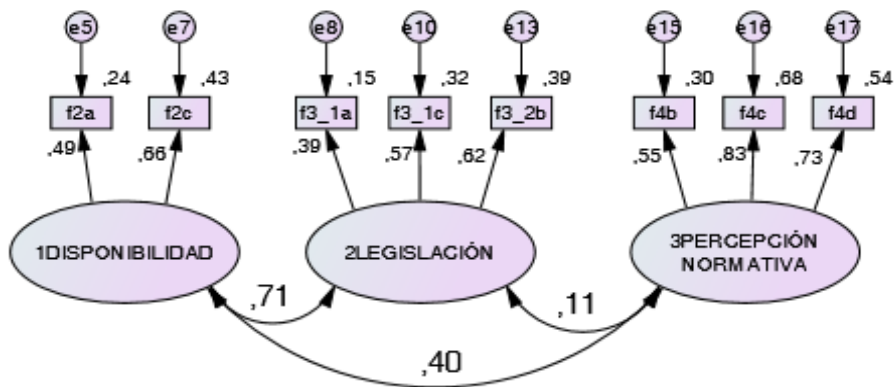
En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de máxima verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 19.26).

Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.1.4, mientras que en la Tabla 7.1.8 aparecen los índices de bondad de ajuste. Los datos indican que el ajuste del modelo es adecuado en el pos-test, así como las cargas correspondientes a cada ítem dentro de su factor.

Tabla 7.1.8. Índices de bondad de ajuste de la dimensión Macro-Social

Modelo	χ^2	gl	p	χ^2/gl	TLI	CFI	RMSEA	CI_{RMSEA}
Test	39.38	17	0.000	2.26	0.96	0.98	0.04	0.02–0.05
Retest	140.12	17	0.000	8.24	0.92	0.95	0.06	0.05–0.07

Figura 7.1.4. Dimensión Macro-Social. Modelo con factores oblicuos. Retest.



7.1.6. Análisis de la validez

La validez se refiere al grado de adecuación, significación y utilidad de las inferencias específicas hechas a partir de las puntuaciones de los tests. Dentro de ella, una de las perspectivas de análisis es la *validez de constructo*, entendida como el grado en el que las puntuaciones del test pueden utilizarse para realizar inferencias sobre el constructo de interés. En su determinación se utilizan evidencias que apoyen que las conductas observadas en un test, estos son los indicadores del constructo. Cuando se obtengan evidencias de este tipo de validez, se podrán hacer inferencias o interpretaciones a partir de las puntuaciones en el test (Martínez Arias, 1996).

En este apartado se analiza la validez de constructo mediante la comprobación de hipótesis que plantean diferencias en las puntuaciones de la dimensión y sus factores en función de una serie de variables.

Por un lado, con respecto al consumo, esperando que los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la dimensión y sus factores.

Por otro, en relación a tres variables que cuentan con un sólido apoyo teórico-empírico como variables predictoras de un consumo de drogas significativamente superior a la media:

- Amigos que consumen: la hipótesis plantea que cuanto mayor sea el número de amigos que consumen, mayor será la puntuación en la escala y sus factores.
- Edad del primer consumo: en este caso la hipótesis plantea que habrá una relación inversa. de tal forma que a menor edad de primer consumo, menores serán las puntuaciones en la escala y sus factores.
- Edad de inicio del consumo habitual, donde la hipótesis plantea la misma relación que en el caso anterior.

Las variables seleccionadas han sido categorizadas en grupos con significado en relación a la probabilidad del consumo de drogas. En tanto que la evidencia empírica y teórica ha demostrado que las variables seleccionadas mantienen una relación con el consumo de drogas, se espera que los valores medios de la dimensión Macro-Social y de sus factores hallados en cada una de las cuatro categorías sean diferentes, y que, además, estas diferencias sean mayores cuanto más alejadas estén las categorías comparadas.

Para obtener evidencias de validez de las puntuaciones de la dimensión Macro-Social y sus factores se calculan las diferencias entre las medias de los sujetos pertenecientes a cada categoría de una misma variable y la magnitud del efecto de dichas diferencias.

A continuación se describen las cuatro variables empleadas para agrupar a los sujetos:

A) Consumo, formando dos grupos:

1. Grupo de No CONSUMIDORES. Formado por 732 sujetos (29.5% de los participantes en la primera fase), que cumplen todas las condiciones siguientes: no han consumido nunca tabaco, marihuana, éxtasis, anfetamina ni cocaína y no han consumido alcohol en los últimos 30 días.
2. Grupo de CONSUMIDORES. Constituido por 493 menores (19.9% de los participantes en la primera fase), que cumplen al menos una de las siguientes condiciones: han fumado cigarrillos a diario en los últimos treinta días o han bebido más de 20 cervezas, 20 copas de vino o 10 bebidas de alta graduación en los últimos treinta días o han consumido 10 porros o tomado éxtasis, anfetamina o cocaína en los últimos treinta días.

B) Amigos que consumen:

La presión de grupo consiste en la influencia que ejercen los individuos cercanos y de características similares sobre los miembros del grupo, con el fin de que

adopten opiniones y comportamientos afines a los del grupo. Las conductas aceptadas y normalizadas por el grupo de referencia adquieren una utilidad social y son utilizadas para favorecer la inclusión y la cohesión. El consumo de alcohol, tabaco y cannabis también pueden adquirir esta utilidad.

Tal y como se expone en el apartado 3.3.3.a. de la parte teórica, son varios los autores que sostienen que la *presión de grupo* es el factor con mayor impacto en la conducta de consumo de los adolescentes. Con independencia de la posición que ocuparía la *presión de grupo* en el ranking de los factores de riesgo, los resultados de investigación no dejan lugar a dudas sobre su potencia explicativa.

Se midió la proporción de amigos que consumen (ítem 17) , asumiendo que la relación del grupo íntimo con el consumo de drogas constituye un indicador válido de la presión de grupo. Por lo tanto, se espera que correlacione directamente con el propio consumo, y sobre todo con el factor denominado *presión de grupo*.

1. Grupo de no riesgo. Formado por 124 sujetos de los que ninguno de sus amigos consume ninguna sustancia.
2. Grupo de riesgo medio. Compuesto por 1955 sujetos que tienen algún amigo que consume tabaco, alcohol o cannabis (alguna de las tres).
3. Grupo de alto riesgo. 217 sujetos de los que la mayoría o todos de sus amigos consumen tabaco, alcohol y cannabis (las tres sustancias).

C) Edad de inicio de consumo.

La edad de inicio se refiere al primer consumo de tabaco, alcohol o cannabis. Los estudios epidemiológicos concluyen que la edad del primer consumo es un predictor de la gravedad del mismo. Teniendo en cuenta que la edad de inicio en el consumo de tabaco es 13.6 años, la de alcohol es 13.9 y la de cannabis es 14.9, se clasificaron los participantes ordenados de forma creciente según el riesgo de desarrollar un consumo abusivo en función de los siguientes criterios:

- A menor edad de inicio mayor riesgo de consumo.
- El consumo de una droga de mayor peligrosidad y su patrón (tipo de droga y frecuencia) está precedido por el de una droga de menor peligrosidad. El consumo de drogas ilegales será más probable si previamente se ha consumido cannabis, que si sólo se ha consumido tabaco y/o alcohol.

De esta manera, se establecieron 6 grupos en un continuo de menos a más riesgo en función del tipo de sustancia y de la edad.

1. Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis (n=435).
2. Comenzó a consumir alcohol o tabaco después de los 14 años o cannabis después de los 15 (n=1090).

3. Comenzó a consumir tabaco y alcohol a los 13 años (consumo medio de tabaco y alcohol), y comenzó a consumir cannabis después de los 14 ó nunca (no consumidores precoces o no consumidor de cannabis) (n=60).
4. Comenzó a consumir tabaco y alcohol antes de los 13 años (consumo precoz de tabaco y alcohol), y comenzó a consumir cannabis a los 14 ó después o nunca (no consumidores precoces o no consumidores de cannabis) (n=142).
5. Comenzó a consumir tabaco y alcohol a los 13 años y cannabis a los 14 (n=24).
6. Comenzó a consumir tabaco y alcohol antes de los 13 años y cannabis antes de los 14 (n=102).

D) Edad inicio consumo habitual.

Se establecen 5 grupos en un continuo de menos a más riesgo en función del tipo de sustancia y de la edad en la que comenzó a consumirla habitualmente. Al igual que ocurre con la edad en que se prueba por primera vez (edad de inicio), la evidencia sostiene que la gravedad del consumo guarda relación con la edad en que se inicia el consumo habitual, de manera que a menor edad de inicio mayor es la probabilidad de desarrollar un consumo abusivo.

1. Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis (n=435).
2. Han probado tabaco, alcohol y cannabis, pero no tienen consumo habitual ni de tabaco ni de alcohol ni de cannabis (n=161).
3. Consumo habitual de tabaco o alcohol o cannabis a cualquier edad de inicio (n=773).
4. Consumo habitual de tabaco y alcohol y cannabis a cualquier edad (incluida en la anterior) (n=109).
5. Consumo habitual de tabaco y alcohol a los 13 ó antes y cannabis a los 14 ó antes (n=11).

Al analizar las diferencias de medias de las puntuaciones de la dimensión Macro-Social y de los tres factores que la forman, entre consumidores y no consumidores, se observa, como era esperable, que los consumidores obtienen puntuaciones significativamente superiores que los no consumidores (Tabla 7.1.9). Además el valor del índice δ de Cohen indica que estas diferencias son relevantes en todas las medidas, y especialmente altas en los factores *Accesibilidad* y *Legislación* y en la dimensión Macro-Social.

Tabla 7.1.9. Diferencias de medias y tamaño del Efecto de la dimensión Macro-Social y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	D.T.	Media	D.T.			
MACRO	2.31	0.46	3.00	0.43	-26.5**	1.54 ^A	0.60
Accesibilidad	2.17	0.79	3.23	0.68	-24.9**	1.45 ^A	0.59
Legislación	1.68	0.57	2.38	0.67	-18.8**	1.10 ^A	0.52
Percep_Normativa	3.08	0.65	3.41	0.51	-9.84**	0.57 ^M	0.27

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Para la variable *Amigos que consumen*, dado que no se cumple el supuesto de independencia de las observaciones, las diferencias se analizaron con la prueba t de Student, realizando las comparaciones par a par y ajustando el error Tipo I con la corrección de Bonferroni. Los resultados se muestran en la Tabla 7.1.10. Las diferencias de medias calculadas para cada medida y para cada par de grupos son significativas y con una magnitud del efecto media–alta, lo cual significa que la dimensión Macro-Social y cada uno de sus tres factores discriminan satisfactoriamente a los sujetos en función de si sus amigos consumen o no alcohol, tabaco y cannabis, o en qué grado lo hacen. Las mayores diferencias se encuentran, como cabía esperar, al comparar los dos grupos polarizados, 1 y 3. En este caso, la magnitud del efecto para la dimensión Macro-Social es muy alta ($\delta=2.65$) situando al 99% de los sujetos del grupo 1 por debajo de la media de los sujetos del grupo 3.

Tabla 7.1.10 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Macro-Social y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	D.T.	Media	D.T.	T	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
MACRO	2.06	0.46	2.61	0.48	-12.17**	1.13 ^A	0.26
Accesibilidad	1.80	0.74	2.66	0.82	-11.27**	1.04 ^A	0.24
Legislación	1.57	0.54	1.94	0.65	-6.08**	0.56 ^M	0.13
Percep_Normativa	2.80	0.68	3.22	0.56	-7.93**	0.73 ^M	0.17
	Grupo 2		Grupo 3				
MACRO	2.61	0.48	3.16	0.38	-19.50**	1.39 ^A	0.75
Accesibilidad	2.66	0.82	3.45	0.62	-17.10**	1.22 ^A	0.70
Legislación	1.94	0.65	2.5	0.63	-12.10**	0.86 ^A	0.25
Percep_Normativa	3.22	0.65	3.52	0.55	-7.32**	0.52 ^M	0.16
	Grupo 1		Grupo 3				
MACRO	2.06	0.46	3.16	0.38	-23.50**	2.65 ^A	0.79
Accesibilidad	1.80	0.74	3.45	0.62	-21.80**	2.46 ^A	0.76
Legislación	1.57	0.54	2.50	0.63	-13.70**	1.54 ^A	0.60
Percep_Normativa	2.80	0.68	3.52	0.55	-10.60**	1.20 ^A	0.50

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres ** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

En tercer lugar, se comprobó la capacidad de la dimensión Macro-Social y de sus tres factores para diferenciar a sujetos en función de la edad en la que probaron por primera vez alcohol, tabaco o cannabis. La evidencia sostiene que existe una relación entre edad de inicio y consumo. De tal forma que quienes comienzan antes tienen una mayor probabilidad de desarrollar un mayor consumo.

Las diferencias se calcularon para los seis grupos tomados de dos en dos. Se observa que las puntuaciones obtenidas en la dimensión Macro-Social por el Grupo 1 (los que nunca probaron ni el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis) son relevantemente inferiores a las de los demás grupos. Las diferencias más relevantes se dan en la puntuación total de la dimensión y en el factor *Accesibilidad* al comparar el Grupo 1 con los dos grupos más distantes: el Grupo 5, formado por quienes comenzaron a consumir tabaco y alcohol a los 13 años y cannabis a los 14, y el Grupo 6, los que comenzaron a consumir tabaco y alcohol antes de los 13 años y cannabis antes de los 14. En este sentido, más de 95% del Grupo 1 obtendría una puntuación en la dimensión Macro-Social por debajo de la media de los Grupos 5 y 6. Por el contrario, las diferencias menos relevantes se encuentran al comparar los grupos centrales, es decir, las diferencias entre los grupos 2 y 3 y los grupos 3 y 4 (Tabla 7.1.11).

7.1. Escala Macro-Social

Tabla 7.1.11. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Macro-Social y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 - 2								Grupos 2-3							
MACRO	2.24	0.45	2.71	0.46	-17.99**	1.02 ^A	0.42		2.71	0.46	2.76	0.42	-0.79	0.10	0.02
Accesibilidad	2.06	0.77	2.78	0.80	-16.04**	0.91 ^A	0.38		2.79	0.80	3.01	0.77	-2.11	0.28	0.06
Legislación	1.63	0.55	2.03	0.65	-12.00**	0.68 ^M	0.36		2.04	0.66	2.00	0.62	0.49	0.07	0.01
Percep_Normativa	3.02	0.67	3.31	0.53	-8.06**	0.46	0.30		3.32	0.54	3.28	0.49	0.48	0.06	0.01
Grupos 1 - 3								Grupos 2-4							
MACRO	2.24	0.45	2.76	0.41	-8.35**	1.15 ^A	0.35		2.71	0.46	2.77	0.49	-1.27	0.11	0.04
Accesibilidad	2.06	0.77	3.01	0.76	-8.90**	1.23 ^A	0.37		2.79	0.80	2.93	0.82	-1.93	0.17	0.06
Legislación	1.64	0.56	2.00	0.62	-4.61**	0.63 ^M	0.20		2.04	0.66	2.06	0.65	-0.38	0.03	0.01
Percep_Normativa	3.03	0.67	3.28	0.49	-2.87**	0.40	0.13		3.32	0.54	3.32	0.52	0.06	0.01	0.00
Grupos 1 - 4								Grupos 2-5							
MACRO	2.24	0.46	2.77	0.49	-11.68**	1.13 ^A	0.44		2.71	0.46	3.16	0.41	-4.67**	0.96 ^A	0.14
Accesibilidad	2.06	0.78	2.93	0.82	-11.37**	1.10 ^A	0.43		2.79	0.80	3.56	0.73	-4.69**	0.97 ^A	0.14
Legislación	1.64	0.56	2.06	0.65	-7.58**	0.73 ^M	0.30		2.04	0.66	2.32	0.88	-2.04	0.42	0.06
Percep_Normativa	3.03	0.67	3.32	0.52	-4.70**	0.45	0.19		3.32	0.54	3.60	0.41	-2.55	0.53 ^M	0.08
Grupos 1 - 5								Grupos 2-6							
MACRO	2.24	0.46	3.16	0.41	-9.61**	2.02 ^A	0.41		2.71	0.46	3.13	0.40	-8.69**	0.90 ^A	0.25
Accesibilidad	2.06	0.78	3.56	0.73	-9.26**	1.94 ^A	0.40		2.79	0.80	3.44	0.56	-10.6**	1.10 ^A	0.66
Legislación	1.64	0.56	2.32	0.88	-3.75**	0.79	0.61		2.04	0.66	2.46	0.73	-6.12**	0.63 ^M	0.18
Percep_Normativa	3.03	0.67	3.60	0.41	-4.14**	0.87 ^A	0.19		3.32	0.54	3.48	0.50	-2.98*	0.31	0.09
Grupos 1 - 6															
MACRO	2.24	0.46	3.13	0.40	-17.98**	1.98 ^A	0.61								
Accesibilidad	2.06	0.78	3.44	0.56	-20.56**	2.26 ^A	0.82								
Legislación	1.64	0.56	2.46	0.73	-10.72**	1.18 ^A	0.68								
Percep_Normativa	3.03	0.67	3.48	0.50	-6.47**	0.71 ^M	0.27								

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Continúa

Tabla 7.1.11. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Macro-Social y de sus factores por grupos de edad de primer consumo (continuación)

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 3 - 4								Grupos 4-5							
MACRO	2.76	0.41	2.77	0.49	-0.06	0.01	0.00		2.77	0.49	3.16	0.41	-3.72**	0.82 ^A	0.28
Accesibilidad	3.01	0.76	2.93	0.82	0.68	0.10	0.05		2.93	0.82	3.56	0.73	-3.57**	0.79 ^M	0.27
Legislación	1.99	0.62	2.06	0.65	-0.67	0.10	0.05		2.06	0.65	2.32	0.88	-1.71	0.38	0.13
Percep_Normativa	3.28	0.49	3.32	0.52	-0.4	0.06	0.03		3.32	0.52	3.6	0.41	-2.58	0.57 ^M	0.20
Grupos 3 - 5								Grupos 4-6							
MACRO	2.76	0.42	3.16	0.41	-3.97**	0.96 ^A	0.40		2.77	0.49	3.13	0.4	-6.11**	0.79 ^M	0.37
Accesibilidad	3.01	0.77	3.56	0.73	-3.02*	0.73 ^M	0.32		2.93	0.82	3.44	0.56	-5.78**	0.75 ^M	0.35
Legislación	2.00	0.62	2.32	0.88	-1.90	0.46	0.21		2.06	0.65	2.46	0.73	-4.52**	0.59 ^M	0.28
Percep_Normativa	3.28	0.49	3.6	0.41	-2.81	0.68 ^M	0.30		3.32	0.52	3.48	0.5	-2.55	0.33	0.16
Grupos 3 - 6								Grupos 5-6							
MACRO	2.76	0.42	3.13	0.4	-5.51**	0.90 ^A	0.40		3.16	0.41	3.13	0.4	0.36	0.08	0.03
Accesibilidad	3.01	0.77	3.44	0.56	-4.06**	0.66 ^M	0.31		3.56	0.73	3.44	0.56	0.92	0.21	0.08
Legislación	2	0.62	2.46	0.73	-4.14**	0.67 ^M	0.31		2.32	0.88	2.46	0.73	-0.83	0.19	0.07
Percep_Normativa	3.28	0.49	3.48	0.5	-2.47	0.40	0.19		3.6	0.41	3.48	0.5	1.06	0.24	0.09

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Por último, se analizó el comportamiento de la dimensión Macro-Social en jóvenes que diferían en la edad de inicio del consumo habitual. Se eligió la variable edad de inicio del consumo habitual porque, al igual que ocurre con la edad de inicio, mantiene una relación inversamente proporcional con la gravedad del consumo, de manera que a menor edad de inicio de consumo habitual es más probable desarrollar un consumo problemático.

7.1. Escala Macro-Social

Aquí se comparan 5 grupos que difieren en la edad de inicio de consumo habitual y en el tipo de sustancia consumida habitualmente. Dichos grupos fueron creados y ordenados de menor a mayor consumo habitual de alcohol, tabaco y /o cannabis y en edades más tempranas. Las mayores diferencias se registran al comparar el Grupo 1 (Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis), con los otros cuatro grupos. En concreto, la diferencia más relevante se registró en la comparación entre los grupos 1 y 4 (Consumo habitual de tabaco y alcohol y cannabis a cualquier edad). Más del 97% de los componentes del Grupo 1 se situaría por debajo de la media del Grupo 4 (Tabla 7.1.12).

Tabla 7.1.12. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Macro-Social y de sus factores *por grupos de edad de inicio de consumo habitual*

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	$\frac{D}{T}$	t	δ	r
Grupos 1 – 2								Grupos 2-4							
MACRO	2.24	0.45	2.89	0.40	-15.80**	1.46 ^A	0.54	2.89	0.40	3.22	0.39	-6.45**	0.83 ^A		
Accesibilidad	2.06	0.77	3.18	0.65	-16.38**	1.51 ^A	0.56	3.18	0.65	3.50	0.62	-3.86**	0.49		
Legislación	1.63	0.55	2.17	0.66	-9.88**	0.91 ^A	0.38	2.17	0.66	2.54	0.68	-4.37**	0.56 ^M		
Percep_Normativa	3.02	0.67	3.31	0.54	-4.84**	0.45	0.19	3.31	0.54	3.61	0.43	-4.93**	0.63 ^M		
Grupos 1 – 3								Grupos 2-5							
MACRO	2.24	0.45	2.90	0.42	-24.68**	1.52 ^A	0.60	3.17	0.57	3.17	0.57	-2.05	0.67 ^M		
Accesibilidad	2.06	0.77	3.11	0.67	-23.87**	1.47 ^A	0.58	3.30	0.79	3.30	0.79	-0.52	0.17		
Legislación	1.63	0.55	2.22	0.67	-15.63**	0.96 ^A	0.44	2.73	0.60	2.73	0.60	-2.60	0.85 ^A		
Percep_Normativa	3.02	0.67	3.37	0.51	-9.28**	0.57 ^M	0.32	3.48	0.47	3.48	0.47	-0.94	0.31		
Grupos 1 – 4								Grupos 3-4							
MACRO	2.24	0.45	3.22	0.39	-19.63**	2.19 ^A	0.65	2.91	0.42	3.22	0.39	-7.02**	0.76 ^M		
Accesibilidad	2.06	0.77	3.50	0.62	-19.81**	2.22 ^A	0.83	3.12	0.68	3.51	0.62	-5.39**	0.58 ^M		
Legislación	1.63	0.55	2.54	0.68	-14.01**	1.57 ^A	0.52	2.22	0.68	2.55	0.68	-4.45**	0.48		
Percep_Normativa	3.02	0.67	3.61	0.43	-10.80**	1.21	0.59	3.38	0.52	3.61	0.43	-4.90**	0.53 ^M		
Grupos 1 – 5								Grupos 3-5							
MACRO	2.24	0.45	3.17	0.56	-6.3**	2.02 ^A	0.29	2.91	0.42	3.17	0.57	-1.96	0.62 ^M	0.08	
Accesibilidad	2.06	0.77	3.3	0.78	-4.99**	1.60 ^A	0.23	3.12	0.68	3.30	0.79	-0.85	0.27	0.03	
Legislación	1.63	0.55	2.73	0.60	-6.14**	1.96 ^A	0.28	2.22	0.68	2.73	0.60	-2.37	0.76 ^M	0.09	
Percep_Normativa	3.02	0.67	3.47	0.46	-2.11	0.67 ^M	0.10	3.38	0.52	3.48	0.47	-0.60	0.19	0.02	
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
MACRO	2.89	0.40	2.90	0.42	-0.41	0.04	0.01	3.22	0.39	3.17	0.57	0.39	0.13	0.04	
Accesibilidad	3.18	0.65	3.11	0.67	1.20	0.11	0.04	3.51	0.62	3.30	0.79	0.98	0.33	0.09	
Legislación	2.17	0.66	2.22	0.67	-0.84	0.07	0.03	2.55	0.68	2.73	0.60	-0.82	0.27	0.08	
Percep_Normativa	3.31	0.54	3.37	0.51	-1.45	0.13	0.05	3.61	0.43	3.48	0.47	0.95	0.32	0.09	

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

7.1.7. Conclusiones

Los resultados indican que la escala definitiva, compuesta de 8 ítems distribuidos en tres factores (Tabla 7.1.13), muestra unas buenas propiedades psicométricas, así como una estructura interna coherente y apropiada, por lo que su aplicación permitirá evaluar un nivel de riesgo relacionado con la percepción que los jóvenes tienen de su entorno Macro-Social.

Tabla 7.1.13. Dimensión MACRO-SOCIAL	
Factor	Ítem
Accesibilidad	2a. Sabría a dónde dirigirme si quisiera comprar marihuana. 2c. Es fácil conseguir alcohol aunque sea menor de edad.
Legislación	3.2 La ley debería ser más dura con el consumo de drogas. (Inverso) 3.1 Llevar marihuana o hachís es legal. 3.1 La ley permite cultivar marihuana en casa.
Percepción Normativa	4a. La mayoría de los jóvenes de mi edad fuma tabaco 4c. El consumo de alcohol es muy frecuente entre la gente de mi edad 4d. La mayoría de los jóvenes de mi edad bebe el fin de semana.

Cabe destacar los altos tamaños del efecto resultantes de comparar las medias de consumidores y no consumidores, así como en otros grupos relacionados con el consumo, descritos en el apartado 1.5. Estos valores representan una fuerte evidencia de validez de la dimensión Macro-Social para la detección del riesgo de consumo y, por consiguiente, su utilidad a la hora de justificar si las intervenciones preventivas deben incluir actividades o componentes dirigidos a modificar la *Percepción Normativa* o la *Actitud y Conocimiento de la Legislación* sobre la adquisición, tenencia y consumo de alcohol, tabaco y cannabis en menores de edad. Diversos autores reconocen que estos dos factores son importantes, y deben ser tenidos en cuenta, en el diseño de los programas de prevención del consumo de drogas (Cloutier, Coulombe y Matteau, 1996; Espada y Méndez, 2003; Luengo, Gomez-Fraguela, Garra, Romero y Otero-Lopez, 1998). Sin embargo, entre los instrumentos de evaluación revisados durante el presente trabajo de investigación, no se ha hallado ninguno que los evalúe. Por lo que los resultados de la presente investigación aporta un instrumento de utilidad para la detección del riesgo y la evaluación de intervenciones preventivas.

En cuanto al tercer factor que compone la dimensión, *Accesibilidad*, resulta igualmente útil determinar su presencia para explicar la etiología del consumo de drogas en la adolescencia, si bien, entre los programas de prevención revisados ninguno incluye la *Accesibilidad* como objetivo.

En conclusión, la dimensión Macro-Social y sus factores aporta una medida válida y fiable de esta dimensión del riesgo del consumo abusivo de tabaco, alcohol y cannabis, y cubre un vacío en la identificación de riesgos que justifiquen la necesidad de una intervención preventiva, al tiempo que es útil para analizar la eficacia de los programas de prevención.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos la Hipótesis 1. “*Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala Macro-Social, que los de menor consumo*”, la Hipótesis 2. “*Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala Macro-Social, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor*”, la Hipótesis 3. “*Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala Macro-Social, que los lo probaron más tarde o nunca*” y la Hipótesis 4. “*Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala Macro-Social, que los que comenzaron más tarde o nunca*” quedan verificadas.

Capítulo 7.2.

Riesgo Microsocial

La dimensión de riesgo Micro-Social hace referencia a aquellas características del entorno social cercano o íntimo que han demostrado una relación con el abuso de drogas. Los entornos sociales en los que el adolescente, preferentemente, establece relaciones personales son los amigos, la escuela y la familia. Para la evaluación del Riesgo Microsocial se elaboraron tres escalas, correspondientes a estos tres entornos de relaciones personales. El presente capítulo se organiza en tres subcapítulos con estructuras paralelas, en los que se detalla el proceso seguido en cada una de las escalas hasta llegar a su composición final: la escala Amigos formada por 7 ítems distribuidos en dos factores: presión de grupo y Ocio; la escala Escuela compuesta por 9 ítems en tres factores: Actitud hacia los estudios, Interés por desarrollar una profesión en el futuro y Participación en la vida escolar; y por último, la escala Familia que contiene 12 ítems en tres factores: Actitud de los padres hacia el consumo de drogas, Clima familiar positivo y Clima familiar negativo.

Contenidos

7.2.1 Escala de Factores Micro-Sociales: Amigos

7.2.2 Escala de Factores Micro-Sociales: Escuela

7.2.3 Escala de Factores Micro-Sociales: Familia



7.2.1. Dimensión de Riesgo Micro-Social: Amigos

Contenidos

7.2.1.a Estadísticos descriptivos de los ítems

7.2.1.b Análisis de la estructura interna

7.2.1.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Análisis de homogeneidad

7.2.1.d Análisis de fiabilidad

7.2.1.e Estabilidad de la estructura factorial

7.2.1.f Análisis de la validez

7.2.1.g Conclusiones

7.2.1.a Estadísticos descriptivos de los ítems

Los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2,5, su varianza máxima $2,25^2$ y, por tanto, su desviación típica máxima es 1,5.

Los datos de la Tabla 7.2.1 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que los ítems presentan medias que tienden, en general, a estar por debajo de la puntuación central (2.5), lo que indica un nivel de riesgo medio-bajo. Destaca el ítem 14e por su elevada media y los ítems 13b y 13 e, por su media baja. Con respecto a la desviación típica, todas tienen un valor medio, y ninguna supera el valor 1.

Tabla 7.2.1 Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la escala Micro-Social Amigos

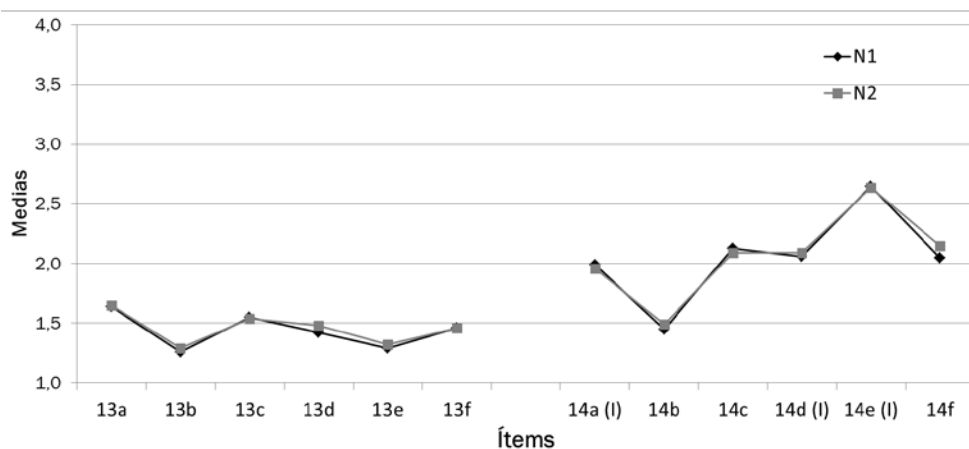
Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
13a	1.64	.738	1.65	.755	-0.32	.750
13b	1.26	.488	1.29	.560	-1.26	.209
13c	1.55	.796	1.54	.799	0.26	.797
13d	1.42	.714	1.48	.760	-1.66	.098
13e	1.29	.613	1.32	.626	-1.06	.287
13f	1.46	.684	1.46	.630	0.11	.913
14a	1.99	.822	1.96	.813	0.66	.513
14b	1.45	.679	1.49	.703	-1.40	.162
14c	2.13	.943	2.09	.940	0.84	.401
14d	2.06	.866	2.09	.845	-0.64	.521
14e	2.65	.957	2.64	.967	0.37	.708
14f	2.05	.955	2.15	.937	-2.37	.018

La prueba *t* de Student presentada en la Tabla 7.2.1 muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.2.1, así como su representación en la Figura 7.2.1, podemos concluir que no se ha producido dicho fenómeno.

$$S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

Figura 7.2.1 Media aritmética de los ítems de la escala Micro-Social Amigos



7.2.1.b Análisis de la estructura interna

El modelo inicial de la dimensión *Amigos* se muestra en la Figura 7.2.2, y los índices de ajuste en la Tabla 7.2.2. Como se observa, el ajuste del modelo no fue bueno y presentó soluciones inadecuadas.

Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso iterativo de depuración. Del factor *Presión de grupo* se eliminaron los ítems 13d y 13e, que, a pesar de no ser los que presentaban las cargas menores, su eliminación optimizó el ajuste del modelo. Del factor *Ocio* se eliminaron los ítems 14b, 14c y 14f, referidos a actividades de ocio de riesgo, mientras que se mantuvieron los ítems 14a, 14d y 14e, que se refieren a actividades de ocio positivo (Figura 7.2.2). El modelo modificado presentó un muy buen ajuste en ambas muestras, tal como se observa en la Tabla 7.2.2.

Figura 7.2.2 Dimensión Amigos: Modelo inicial

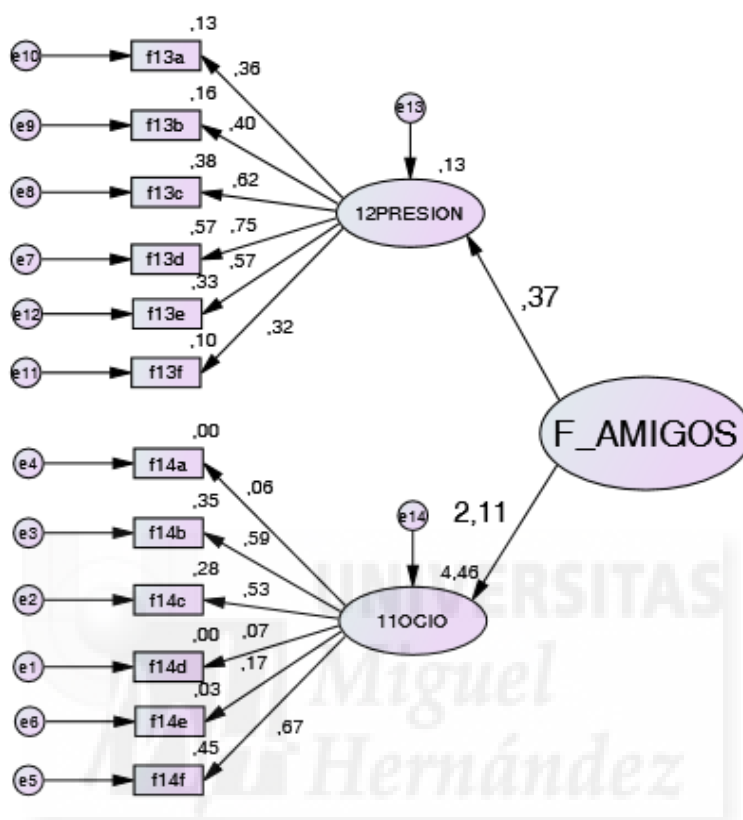
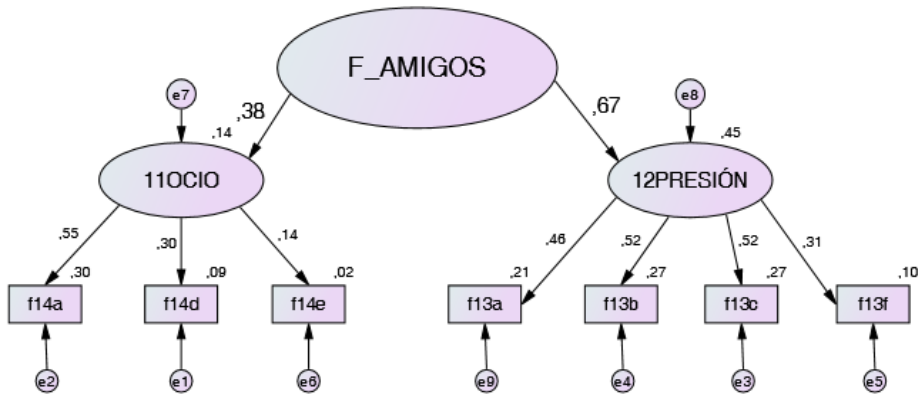


Tabla 7.2.2 Índices de bondad de ajuste de la dimensión Amigos

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	TLI	CFI	RMSEA	CI _{RMSEA}
Inicial	N ₁	338.7	53	0.000	6.39	0.80	0.84	0.07	0.07–0.08
	N ₂	290.3	53	0.000	5.48	0.84	0.87	0.07	0.06–0.08
Final	N ₁	23.21	13	0.039	1.79	0.94	0.96	0.03	0.01–0.05
	N ₂	22.58	13	0.31	1.88	0.95	0.97	0.03	0.01–0.05

Figura 7.2.3 Dimensión Amigos: Modelo Final



7.2.1.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Al igual que en las dos dimensiones anteriores, se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0,25–0,30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.2.3. Todos los ítems presentan una buena discriminación excepto el ítem 13f en la muestra 1, siendo éstas superiores en los ítems del factor Ocio.

Tabla 7.2.3 Índices de discriminación de los ítems de la escala Micro-Social Amigos			
Factor	Ítem	N ₁	N ₂
Presión de grupo	13a	0.303	0.292
	13b	0.340	0.386
	13c	0.320	0.401
	13f	0.219	0.298
Ocio	14a	0.345	0.349
	14c	0.458	0.481
	14e	0.516	0.523

Análisis de homogeneidad

En la Tabla 7.2.4. se observa que todos los ítems de la dimensión *Amigos* se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su factor que con el resto de factores de la escala, y siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson (1970).

Tabla 7.2.4 Correlaciones de los ítems con los factores de la *Micro-Social Amigos*.

Ítem	N ₁		N ₂	
	Presión de grupo	Ocio	Presión de grupo	Ocio
13a	0.67	0.12	0.65	0.06
13b	0.58	0.09	0.63	0.08
13c	0.70	0.09	0.74	0.18
13f	0.58	0.03	0.60	0.05
14a	0.08	0.64	0.06	0.63
14d	0.06	0.60	0.09	0.53
14e	0.09	0.62	0.10	0.63

7.2.4.d Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alfa (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.2.5. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995), y, además, que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, podemos decir que los índices encontrados resultarían buenos en el caso de *Presión de grupo* y mejorables para el factor *Ocio*.

Tabla 7.2.5 Consistencia interna de los factores de la Escala Micro-Social Amigos

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Presión de grupo	0.49	0.55	0.69	0.73
Ocio	0.20	0.27	0.36	0.35

Para la evaluación de la fiabilidad test–retest se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.2.6 e indican una estabilidad temporal moderada para ambos factores.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que, aunque la diferencia de medias para el factor *Presión de grupo* en los momentos test y retest es estadísticamente significativa, los tamaños del efecto son pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.2.6).

Tabla 7.2.6 Estabilidad temporal de los factores de la Escala Micro-Social Amigos

Factor	R _{test-retest}		Test		Retest					
	N ₁	N ₂	Media	D.T.	Media	D.T.	t	p	δ	r ²
Presión de grupo	0.58	0.66	1.43	0.40	1.50	0.44	-4.65	0.000	0.18	0.03
Ocio	0.66	0.61	2.20	0.54	2.20	0.51	0.41	0.682	0.02	0.00

7.2.1.e. Estabilidad de la estructura factorial

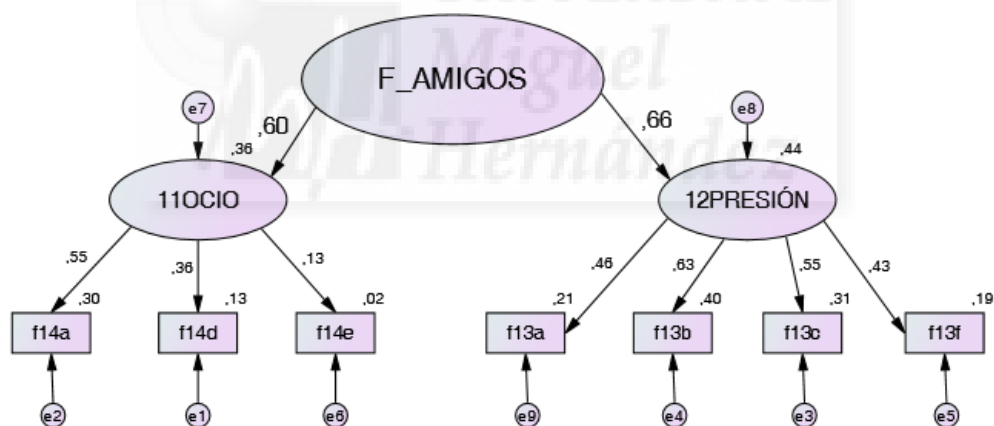
Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

Se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada. Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.2.4, mientras que en la Tabla 7.2.7 aparecen los índices de bondad de ajuste.

Tabla 7.2.7 Índices de bondad de ajuste de la dimensión Escuela. Pase test y retest

Modelo	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Modelo Final – Pase Test	23.21	13	0.039	1.79	0.94	0.96	0.03	0.01–0.05
Modelo Final – Pase Retest	73.6	13	0.000	5.66	0.90	0.94	0.05	0.04–0.06

Figura 7.2.4 Escala Micro-Social Amigos



Como se observa, el modelo presenta un buen ajuste en el retest, no existiendo diferencias con el ajuste encontrado en el pretest, salvo porque el estadístico chi-cuadrado ha resultado ser significativo.

7.2.1.f. Análisis de la validez

En primer lugar se analizan las diferencias de medias de las puntuaciones en la escala *Amigos* y de los dos factores de primer orden que la forman, entre un grupo formado por adolescentes que consumen tabaco, alcohol u otras drogas y otro formado por adolescentes que no han consumido nunca tabaco, marihuana, éxtasis, anfetamina ni cocaína, la definición de ambos grupos se puede consultar en el apartado 7.1.6. Los resultados muestran, como era esperable, que los consumidores puntúan significativamente más que los no consumidores. Para la puntuación total de la escala y para el factor *Presión de Grupo*, la magnitud de estas diferencias es notablemente alta, $\delta = 1,24$ y $\delta = 1.61$ respectivamente. De manera que la puntuación del 88% de los no consumidores sería inferior a la puntuación media de los consumidores (Tabla 7.2.8).

Con el objetivo de conocer mejor la validez de la escala, se realizaron comparaciones entre grupos según el grado de consumo de los amigos. Para la variable *grupo de amigos que consumen* las diferencias se calcularon comparando cada grupo con los otros dos. En todas las comparaciones las diferencias fueron significativas, con excepción del factor *Ocio* entre los grupos 1 y 2. Aunque las diferencias en el factor *Ocio* para las comparaciones 2-3 y 1-3 fueron significativas, su magnitud fue baja, lo que significa que el factor *Ocio* apenas discrimina entre individuos con diferente proporción de *amigos que consumen*.

Por otra parte las diferencias de las puntuaciones de la escala *Amigos* y del factor *Presión de Grupo* entre el Grupo 3 y el Grupo2 y el Grupo1 son relevantes. Esto indica que la escala es especialmente sensible al grupo de mayor riesgo, Grupo 3.

Tabla 7.2.8. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Amigos y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
AMIGOS	1.74	0.33	2.24	0.45	-21.31**	1.24 ^A	0.59
Presión	1.28	0.35	2.07	0.55	-27.67**	1.61 ^A	0.71
Ocio	2.19	0.52	2.42	0.60	-6.77**	0.39	0.21

** p<0.001; Tamaño del efecto: A= Alto (Sombreado)

Tabla 7.2.9 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la dimensión Amigos y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
AMIGOS	1.74	0.37	1.89	0.38	-4.21**	0.39	0.09
Presión	1.25	0.36	1.54	0.48	-8.23**	0.76 ^M	0.56
Ocio	2.22	0.59	2.24	0.54	-0.30	0.03	0.01
	Grupo 2		Grupo 3				
AMIGOS	1.89	0.38	2.3	0.44	-14.39**	1.03 ^A	0.30
Presión	1.54	0.48	2.14	0.55	-17.03**	1.22 ^A	0.34
Ocio	2.24	0.54	2.46	0.59	-5.55**	0.40	0.12
	Grupo 1		Grupo 3				
AMIGOS	1.74	0.37	2.3	0.44	-11.73**	1.32 ^A	0.54
Presión	1.25	0.36	2.14	0.55	-17.61**	1.98 ^A	0.70
Ocio	2.22	0.59	2.46	0.59	-3.49**	0.39	0.19

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres.

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

La tercera variable analizada fue la *edad del primer consumo*, que correlaciona inversamente con el consumo problemático. La evidencia obtenida en la revisión bibliográfica sostiene que a menor edad de inicio, mayor es la probabilidad de desarrollar un consumo abusivo o problemático. Como era de esperar las diferencias halladas entre los grupos con distintas edades de inicio aumentan a medida que los grupos se distancian (Tabla 7.2.10). De manera que la magnitud del efecto más grande se encuentra entre el Grupo 1 (Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis) y el Grupo 6 (Comenzó a consumir tabaco y alcohol antes de los 13 y cannabis antes de los 14), $\delta = 1,14$ para la escala *Amigos* y $\delta = 1,52$ para el factor *Presión de Grupo*. Aunque también son relevantes las magnitudes del efecto en las comparaciones entre el Grupo 1 y los Grupos 3, 4, y 5. Por otra parte, las diferencias entre los demás grupos o no son significativas o si lo son se corresponden con magnitudes de efecto bajas. Con excepción de la variable *Presión de Grupo* entre los grupos 2 (Comenzó a consumir alcohol o tabaco después de los 14 o cannabis después de los 15) y 6. Por lo que se observa, que la escala muestra una mayor sensibilidad hacia el Grupo 1, ya que las diferencias se marcan mejor al comparar este grupo con los demás.

Por último, se analiza la variable *edad de inicio del consumo habitual*, los resultados confirman que la escala *Amigos* y el factor *Presión de Grupo* son medidas válidas para diferenciar a los sujetos con diferentes edades de inicio.

La tabla 7.2.11 muestra las diferencias en las puntuaciones medias entre los grupos con distintas edades de inicio habitual. Como era de esperar las diferencias halladas aumentan a medida que los grupos se distancian. En consecuencia, la magnitud del efecto más grande se encuentra en la comparación del Grupo 1 (Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis) con el Grupo 5 (Comenzó a consumir habitualmente tabaco y alcohol antes de los 13 y cannabis a los 14 o antes), $\delta = 2,05$ para la escala *Amigos* y $\delta = 2,88$ para el factor *Presión de Grupo*. Aunque también son relevantes las magnitudes del efecto en las comparaciones entre el Grupo 1 y los Grupos 3, 4, y 5. En general, las diferencias entre los demás grupos producen magnitudes de efecto bajas. Al igual que ocurre en la anterior, se observa que la escala *Amigos* y el factor *Presión de Grupo* se muestra más sensible con los sujetos de bajo riesgo, ya que discrimina mejor a los sujetos del Grupo 1 frente al resto de grupos, aunque la magnitud del efecto también es relevante en las comparaciones del Grupo 2 con el 4 y con el 5.



Tabla 7.2.10. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Amigos y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

Grupos	1-2		1-3		t	δ	r	Grupos		1-3		t	δ	r
	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT				2-3	\bar{x}	DT	\bar{x}			
AMIGOS	1.72	0.33	1.93	0.4	-10.28**	0.59 ^M	0.31	1.93	0.4	2.05	0.36	-2.13	0.28	0.06
Presión	1.26	0.35	1.63	0.5	-15.75**	0.90 ^A	0.42	1.63	0.5	1.73	0.47	-1.36	0.18	0.04
Ocio	2.18	0.53	2.24	0.56	-1.79	0.10	0.05	2.24	0.56	2.38	0.55	-1.84	0.24	0.06
Grupos 1-3														
AMIGOS	1.72	0.33	2.05	0.36	-6.92**	0.95 ^A	0.30	1.93	0.4	2.07	0.45	-3.72**	0.33	0.11
Presión	1.26	0.35	1.73	0.47	-7.17**	0.99 ^A	0.65	1.63	0.5	1.80	0.55	-3.6**	0.32	0.10
Ocio	2.18	0.53	2.38	0.55	-2.64	0.36	0.12	2.24	0.56	2.35	0.57	-2.16	0.19	0.06
Grupos 1-4														
AMIGOS	1.72	0.33	2.07	0.45	-8.5	0.82 ^A	0.52	1.93	0.4	2.15	0.35	-2.52*	0.52 ^M	0.08
Presión	1.26	0.35	1.80	0.55	-10.67	1.03 ^A	0.62	1.63	0.5	1.89	0.50	-2.48*	0.51 ^M	0.08
Ocio	2.18	0.53	2.35	0.57	-3.15	0.30	0.13	2.24	0.56	2.40	0.45	-1.41	0.29	0.04
Grupos 1-5														
AMIGOS	1.72	0.33	2.15	0.35	-5.94**	1.25 ^A	0.27	1.93	0.4	2.22	0.45	-6.63**	0.69 ^M	0.19
Presión	1.26	0.35	1.89	0.50	-6.07**	1.27 ^A	0.78	1.63	0.5	2.06	0.55	-8.09**	0.84 ^A	0.23
Ocio	2.18	0.53	2.40	0.45	-1.99	0.42	0.09	2.24	0.56	2.38	0.59	-2.33*	0.24	0.07
Grupos 1-6														
AMIGOS	1.72	0.33	2.22	0.45	-10.37**	1.14 ^A	0.67	2.07	0.45	2.15	0.35	-0.78	0.17	0.06
Presión	1.26	0.35	2.06	0.55	-13.8**	1.52 ^A	0.78	1.80	0.55	1.89	0.50	-0.78	0.17	0.06
Ocio	2.18	0.53	2.38	0.59	-3.22**	0.35	0.14	2.35	0.57	2.40	0.45	-0.44	0.10	0.03
Grupos 3-4														
AMIGOS	2.05	0.36	2.07	0.45	-0.35	0.05	0.02	2.07	0.45	2.22	0.45	-2.5*	0.32	0.16
Presión	1.73	0.47	1.80	0.55	-0.9	0.14	0.06	1.80	0.55	2.06	0.55	-3.66**	0.48	0.23
Ocio	2.38	0.55	2.35	0.57	0.32	0.05	0.02	2.35	0.57	2.38	0.59	-0.36	0.05	0.02
Grupos 3-5														
AMIGOS	2.05	0.36	2.15	0.35	-1.14	0.28	0.12	2.15	0.35	2.22	0.45	-0.72	0.16	0.06
Presión	1.73	0.47	1.89	0.50	-1.45	0.35	0.16	1.89	0.50	2.06	0.55	-1.37	0.31	0.12
Ocio	2.38	0.55	2.40	0.45	-1.21	0.29	0.13	2.40	0.45	2.38	0.59	0.21	0.05	0.02
Grupos 3-6														
AMIGOS	2.05	0.36	2.22	0.45	-2.47*	0.40	0.19							
Presión	1.73	0.47	2.06	0.55	-3.94**	0.64 ^M	0.30							
Ocio	2.38	0.55	2.38	0.59	0.01	0.00	0.00							

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

También en esta variable el factor *Ocio* apenas es relevante. Aunque las diferencias halladas con el factor *Ocio* sí llegan a ser significativas, la máxima magnitud del efecto es moderada. Por el contrario, el factor *Presión de Grupo*

registra una magnitud del efecto alta en todas las comparaciones del Grupo 1, y alcanza el máximo de $\delta = 2.88$ al comparar los grupos más distantes, es decir Grupo 1 con el 5. Lo que se interpreta como que el 99% de los sujetos del grupo 1 puntúan por debajo de la media del Grupo 5.

Tabla 7.2.11. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Amigos y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitual

	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r	
Grupos 1 – 2								Grupos 2-4							
AMIGOS	1.73	0.34	1.98	0.36	-8.03**	0.74 ^M	0.31	1.98	0.36	2.43	0.39	-9.35**	1.20 ^A	0.50	
Presión	1.27	0.36	1.73	0.44	-11.79**	1.09 ^A	0.60	1.73	0.44	2.29	0.5	-9.45**	1.21 ^A	0.51	
Ocio	2.18	0.53	2.24	0.5	-1.1	0.10	0.05	2.24	0.5	2.56	0.59	-4.77**	0.61 ^M	0.29	
Grupos 1 – 3								Grupos 2-5							
AMIGOS	1.73	0.34	2.11	0.42	-16.46**	1.02 ^A	0.45	1.98	0.36	2.42	0.24	-3.79**	1.24 ^A	0.28	
Presión	1.27	0.36	1.87	0.53	-22.46**	1.39 ^A	0.56	1.73	0.44	2.3	0.37	-4.03**	1.31 ^A	0.30	
Ocio	2.18	0.53	2.34	0.58	-4.54**	0.28	0.14	2.24	0.5	2.53	0.23	-1.85	0.60 ^M	0.14	
Grupos 1 – 4								Grupos 3-4							
AMIGOS	1.73	0.34	2.43	0.39	-17.94**	2.01 ^A	0.61	2.11	0.42	2.43	0.39	-7.01**	0.76 ^M	0.25	
Presión	1.27	0.36	2.29	0.5	-19.13**	2.14 ^A	0.87	1.87	0.53	2.29	0.5	-7.23**	0.78 ^M	0.25	
Ocio	2.18	0.53	2.56	0.59	-6.29**	0.70 ^M	0.26	2.34	0.58	2.56	0.59	-3.55**	0.38	0.13	
Grupos 1 – 5								Grupos 3-5							
AMIGOS	1.73	0.34	2.42	0.24	-6.41**	2.05 ^A	0.29	2.11	0.42	2.42	0.24	-2.31*	0.74 ^M	0.09	
Presión	1.27	0.36	2.3	0.37	-9.02**	2.88 ^A	0.39	1.87	0.53	2.3	0.37	-2.53*	0.81 ^A	0.10	
Ocio	2.18	0.53	2.53	0.23	-2.08*	0.67 ^M	0.10	2.34	0.58	2.53	0.23	-1.05	0.33	0.04	
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
AMIGOS	1.98	0.36	2.11	0.42	-3.85**	0.34	0.22	2.43	0.39	2.42	0.24	0.07	0.02	0.01	
Presión	1.73	0.44	1.87	0.53	-3.63**	0.32	0.21	2.29	0.5	2.3	0.37	-0.08	0.03	0.01	
Ocio	2.24	0.5	2.34	0.58	-2.*1	0.18	0.07	2.56	0.59	2.53	0.23	0.16	0.05	0.02	

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

7.2.1.g. Conclusiones de la dimensión Amigos

La escala *Amigos* ha quedado formada por siete ítems distribuidos en dos factores de primer orden: *Presión de Grupo* y *Ocio* (Tabla 7.2.12). La estructura interna presenta un buen ajuste y discrimina bien en función de las variables utilizadas para determinar la validez. Sin embargo, el escaso aporte del factor *Ocio* en cada una de las cuatro comparaciones realizadas invita a revisar su justificación.

Tabla 7.2.12. Escala Micro-Social Amigos

FACTOR	ÍTEMS
Presión de grupo	<p>13b Fumar me ayuda a relacionarme mejor con los amigos.</p> <p>13f Mis amigos me animan a tomar drogas.</p> <p>13c Si un amigo me ofrece un cigarrillo, lo acepto.</p> <p>13a Si mis colegas se fugan una clase, yo me voy con ellos.</p>
Ocio	<p>14d Me gusta quedar con mis amigos para hacer deporte.</p> <p>14e En mi tiempo libre me gusta leer.</p> <p>14a En mi tiempo libre me gusta ir a la playa o a la montaña.</p>

Si consideramos la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones, obtenemos un valor medio de $\delta = 1,43$ para la escala *Amigos*, lo que indica que el 91.9% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo. Más relevante resulta el valor medio de las magnitudes del efecto del factor *Presión de Grupo* $\delta=1,99$, lo que indica que el 97% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo.

Estos valores confirman la validez de la escala y su capacidad para discriminar sujetos en función del riesgo derivado de la influencia del grupo de amigos.

A la luz de los resultados obtenidos en los análisis psicométricos, la hipótesis 5.- “Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Amigos, que los de menor consumo”, la hipótesis 6. “Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Amigos, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor”, la hipótesis 7. “Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Amigos, que los lo probaron más tarde o nunca” y la hipótesis 8. “Los sujetos que comenzaron a

consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Amigos, que los que comenzaron más tarde o nunca” han quedado verificadas.





7.2.2. Escala de Riesgo Micro-Social Escuela

Contenidos

7.2.2.a Estadísticos descriptivos de los ítems.

7.2.2.b Análisis de la estructura interna.

7.2.2.c Análisis de los ítems.

Análisis de discriminación.

Análisis de homogeneidad.

7.2.2.d Análisis de fiabilidad.

7.2.2.e Estabilidad de la estructura factorial.

7.2.2.f Análisis de la validez.

7.2.2.g Conclusiones.

7.2.2.a Estadísticos descriptivos de los ítems

Al igual que en el caso de la dimensión macrosocial, los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2,5, su varianza máxima $2,25^3$ y, por tanto, su desviación típica máxima es 1,5.

Los datos de la Tabla 7.2.13 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que ningún ítem tiene una media extrema, tendiendo, en general, a estar por debajo de la puntuación central, lo que indica un nivel de riesgo medio-bajo. Destaca el ítem 7c por su elevada media, junto con los ítems 5e y 5f. Los ítems correspondientes al factor *Interés Profesional* es el que presenta medias más bajas, indicando un nivel medio de riesgo menor. Con respecto a la desviación típica, todas son medio-bajas, y ninguna supera el valor 1.

La prueba *t* de Student presentada en la Tabla 7.2.13 muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

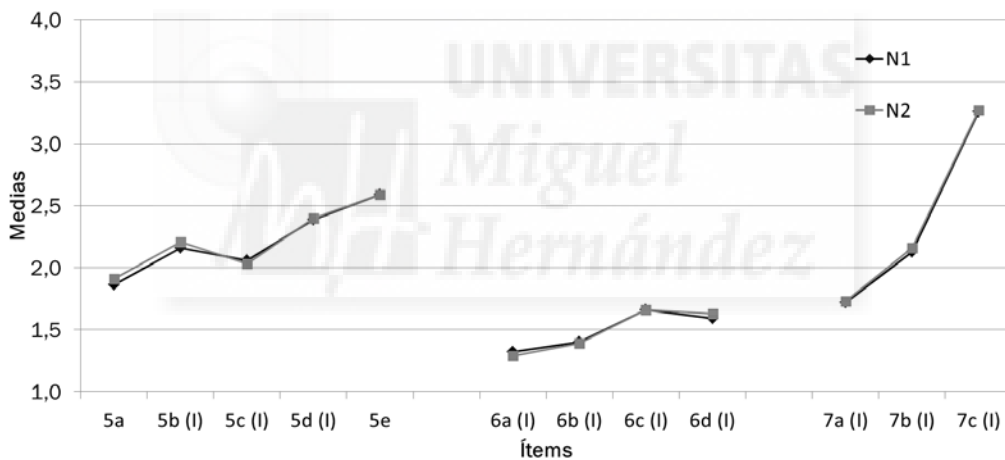
Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.2.14, así como su representación en la Figura 7.2.5 se puede afirmar que no se dio dicho fenómeno.

$$^3 S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

Tabla 7.2.13. Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la dimensión Escuela

Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
5a	1.86	0.845	1.91	0.843	-1.26	0.209
5b	2.16	0.743	2.21	0.761	1.46	0.145
5c	2.06	0.778	2.03	0.778	-1.01	0.314
5d	2.39	0.814	2.40	0.830	-0.46	0.646
5e	2.59	0.844	2.59	0.829	0.03	0.976
6a	1.32	0.568	1.29	0.529	0.88	0.377
6b	1.40	0.620	1.39	0.586	0.46	0.643
6c	1.66	0.860	1.66	0.840	-0.12	0.907
6d	1.59	0.748	1.63	0.758	-1.33	0.184
7a	1.72	0.735	1.73	0.766	-0.31	0.755
7b	2.13	0.950	2.16	0.917	-0.85	0.394
7c	3.26	0.850	3.27	0.837	-0.36	0.720

Figura 7.2.5. Media aritmética de los ítems de la dimensión Micro-Social Escuela



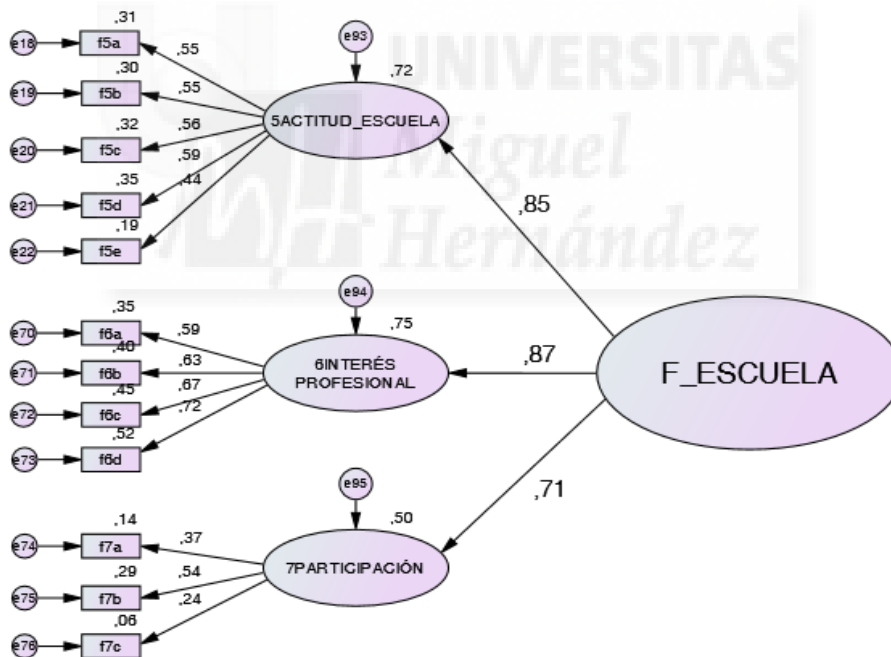
La prueba t de Student presentada en la Tabla 7.2.13 muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

7.2.2.b Análisis de la estructura interna

Al igual que en el caso de la dimensión de factores macrosociales, para determinar la estructura interna de la dimensión Escuela se recurrió al análisis factorial confirmatorio a través de modelos de ecuaciones estructurales.

La estimación de los parámetros de los modelos se realizó con el método de Máxima Verosimilitud (ML, Maximum Likelihood), ya que se asumió normalidad multivariada al obtener un coeficiente de Mardia de 38.7. El modelo inicial de la dimensión *Escuela* aparece representado en la Figura 7.2.6. junto con las estimaciones sus parámetros, y los índices de ajuste en la Tabla 7.2.14. Estas estimaciones se muestran estandarizadas para que la interpretación del modelo sea más sencilla.

Figura 7.2.6 Dimensión Escuela: Modelo Inicial



Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso de depuración iterativo, ya que los índices de bondad de ajuste presentaban valores no admisibles y algunos ítems tenían comunalidades muy pequeñas. Concretamente, se eliminaron los ítems 5e, 6a y 7c. Además, los índices de modificación también indicaron la pertinencia de incluir un nuevo parámetro en el modelo, una covarianza entre los errores de los

ítems 6a («Creo que los estudios son importantes para mi futuro») y 6b («Estudio para poder tener un trabajo que me guste»).

El modelo final aparece representado en la Figura 7.2.7 y sus índices de bondad de ajuste en la Tabla 7.2.14. Se observa que presenta un buen ajuste y que el funcionamiento de los ítems es adecuado. Asimismo, la varianza explicada de cada factor es elevada, siendo el menor valor 0.51 para el factor *Participación* y el mayor 0.90 de *Interés profesional*.

Figura 7.2.7 Dimensión Escuela: Modelo final

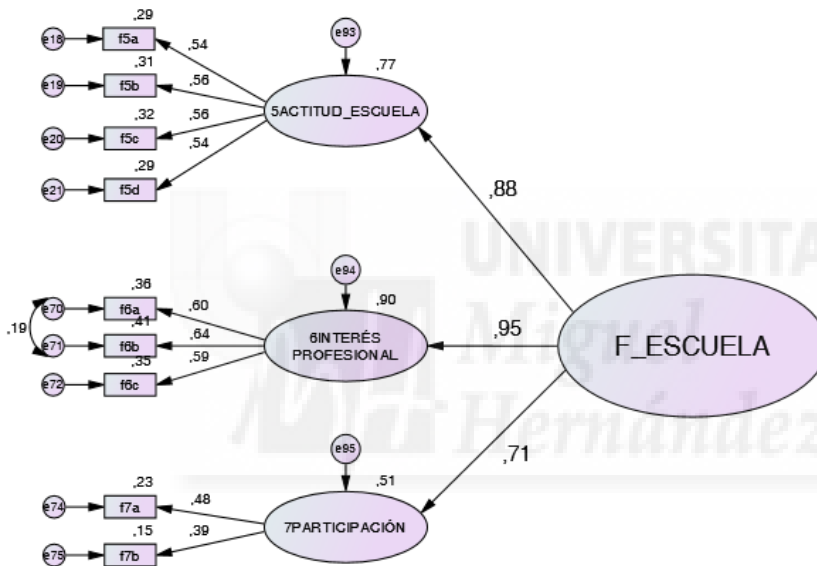


Tabla 7.2.14 Índices de bondad de ajuste de la dimensión <i>Escuela</i>									
Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	χ^2/gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Inicial	N ₁	302.35	51	0.000	5.93	0.86	0.89	0.07	0.06-0.08
	N ₂	293.20	51	0.000	5.75	0.85	0.89	0.07	0.06-0.08
Final	N ₁	88.07	24	0.000	3.67	0.93	0.96	0.05	0.04-0.06
	N ₂	73.00	24	0.000	3.04	0.94	0.96	0.05	0.03-0.06

7.2.2.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Siguiendo el mismo procedimiento aplicado en las anteriores escalas, se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0,25–0,30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.2.15 para la dimensión *Escuela*, inicialmente todos los ítems presentan índices aceptables excepto los del factor *Participación*, que se mantienen bajos una vez depurado el modelo.

Tabla 7.2.15 Índices de discriminación de los ítems de la dimensión <i>Escuela</i>			
Factor	Ítem	N ₁	N ₂
Actitud hacia la escuela	5a	0.390	0.396
	5b	0.406	0.364
	5c	0.413	0.396
	5d	0.440	0.370
Interés profesional	6a	0.496	0.490
	6b	0.510	0.493
	6c	0.421	0.415
Participación	7a	0.195	0.167
	7b	0.195	0.167

Análisis de homogeneidad

Para establecer el grado de homogeneidad de los ítems se ha calculado la correlación entre la puntuación de cada ítem con la puntuación total del resto de dimensiones que no sean la de pertenencia teórica y con la suya propia, siendo esperable que cada ítem muestre una mayor relación con su propia dimensión que la que muestra con las demás dimensiones de la escala y encontrar diferencias positivas a favor de la correlación del ítem con la puntuación total de su dimensión de al menos dos décimas, tal como recomienda Jackson (1970).

En la Tabla 7.2.16 se observa que todos los ítems del factor *Escuela* se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su dimensión que con el resto de dimensiones de la escala, y siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson.

Tabla 7.2.16 Correlaciones de los ítems con los factores de la dimensión *Escuela*

Ítem	N ₁			N ₂		
	Actitud hacia la escuela	Interés profesional	Participación	Actitud hacia la escuela	Interés profesional	Participación
5 ^a	0.69	0.37	0.22	0.70	0.37	0.17
5b	0.67	0.40	0.15	0.65	0.38	0.12
5c	0.68	0.37	0.20	0.68	0.39	0.15
5d	0.71	0.29	0.24	0.68	0.33	0.26
6 ^a	0.38	0.74	0.27	0.39	0.73	0.17
6b	0.42	0.77	0.27	0.41	0.76	0.22
6c	0.41	0.81	0.20	0.45	0.82	0.19
7a	0.21	0.20	0.70	0.21	0.19	0.71
7b	0.24	0.27	0.84	0.19	0.20	0.81

7.2.2.d Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alpha (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.2.17. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995), y, además, que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, podemos decir que los índices encontrados resultarían aceptables aunque mejorables, excepto en el factor *Participación*, formado por 2 ítems, en el que son bajos.

Tabla 7.2.17 Consistencia interna de los factores de la dimensión *Escuela*

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Actitud hacia la escuela	0.63	0.60	0.73	0.71
Interés Profesional	0.65	0.63	0.79	0.77
Participación	0.32	0.28	0.39	0.40

Por otro lado, tal como destaca Muñiz (1998), desde un punto de vista teórico, y si la prueba y otros aspectos relevantes lo permiten, se debe estimar la fiabilidad como estabilidad temporal mediante la aplicación repetida del test en dos momentos temporales distintos, es decir, la fiabilidad según el procedimiento test–retest. Para ello, se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.2.18. e indican una buena estabilidad temporal.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que, aunque la diferencia de medias para uno de los factores en los momentos test y retest es estadísticamente significativa,

los tamaños del efecto son pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.2.18).

Tabla 7.2.18 Estabilidad temporal de los factores de la dimensión *Escuela*

Factor	R _{test-retest}		Test		Retest		t	p	δ	r ²
	N ₁	N ₂	Media	D.T.	Media	D.T.				
Actitud hacia la escuela	0.72	0.74	10.80	2.50	10.92	2.40	-2.24	.025	0.06	0.00
Interés Profesional	0.70	0.69	5.77	1.99	6.06	2.08	-6.45	.000	0.18	0.03
Participación	0.61	0.61	5.73	1.61	5.78	1.62	-1.18	.239	0.03	0.00

7.2.2.e Estabilidad de la estructura factorial

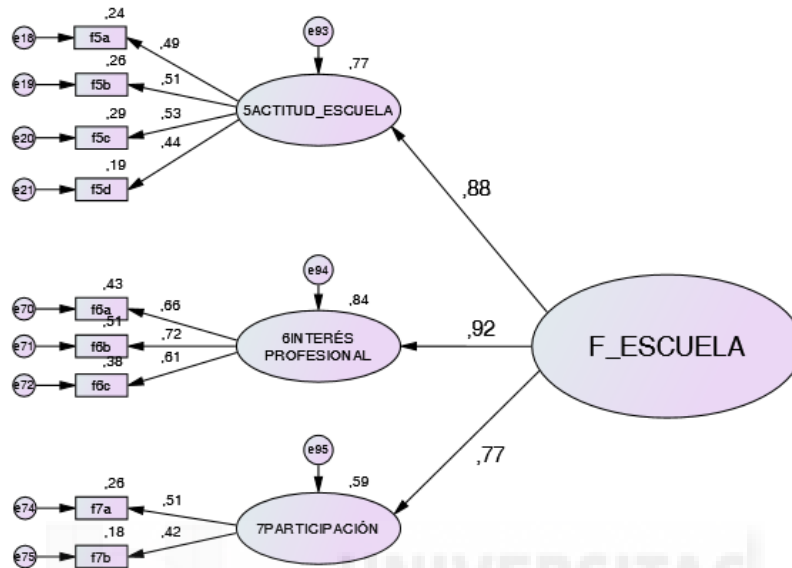
Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 37.6). Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.2.8, mientras que en la Tabla 7.2.19 aparecen los índices de bondad de ajuste.

Tabla 7.2.19 Índices de bondad de ajuste de la dimensión *Escuela*. Pase test y retest.

Modelo	χ ²	gl	p	χ ² /gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Modelo Final – Pase Test	88.07	24	0.000	3.67	0.93	0.96	0.05	0.04–0.06
Modelo Final – Pase Retest	131.8	24	0.000	5.49	0.94	0.96	0.05	0.04–0.06

Figura 7.2.8. Dimensión Micro-Social Escuela



Como se observa, el modelo presenta un buen ajuste en el retest, no existiendo diferencias con el ajuste encontrado en el pase test.

7.2.2.f Análisis de la validez

Las puntuaciones de los consumidores son significativamente superiores a las obtenidas por los no consumidores en la dimensión *Escuela* y en los tres factores que la componen. Sin embargo, la relevancia de dicha diferencia sólo es moderada en la puntuación total de la escala y en la de los factores: *Actitud hacia los estudios* e *Interés-Vocación*. Mientras que la magnitud del efecto en la diferencia en el factor *Participación* es baja. La magnitud del efecto de la escala *Escuela* ($\delta = 0,74$) indica que el 76% de los no consumidores obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los consumidores (Tabla 7.2.20).

Al comparar las puntuaciones obtenidas en la dimensión *Escuela* y en cada uno de sus tres factores entre los tres grupos organizados según el consumo de tabaco, alcohol o cannabis por parte de los amigos, se observa que las diferencias aumentan considerablemente cuando se compara al Grupo 3, en el que la mayoría o todos los amigos consumen tabaco, alcohol y cannabis (las tres sustancias). Y como era de esperar, las mayores diferencias se obtienen al comparar los dos grupos polarizados,

el Grupo 1 con el Grupo 3. En este caso, la escala *Escuela* muestra una alta capacidad para discriminar entre los jóvenes cuyos amigos no consumen ninguna sustancia, Grupo 1, y los que informan que la mayoría o todos sus amigos consumen tabaco, alcohol y cannabis, Grupo 3. El tamaño del efecto para esta comparación es de $\delta = 0.85$, es decir que más del 80% de los integrantes del Grupo 1 obtendrían una puntuación por debajo de la media del Grupo 3 en la escala *Escuela*. (Tabla 7.2.21).

Tabla 7.2.20. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Escuela* y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
ESCUELA	1.76	0.42	2.06	0.46	-12.7**	0.74 ^M	0.37
Actitud_estudios	2.03	0.52	2.40	0.57	-11.5**	0.67 ^M	0.31
Interés_profesion.	1.38	0.49	1.69	0.59	-9.6**	0.56 ^M	0.30
Participación	1.87	0.64	2.19	0.72	-7.81**	0.46	0.24

** p<0.001; Tamaño del efecto: M= Medio > 0.50

Tabla 7.2.21. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Escuela* y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
ESCUELA	1.77	0.47	1.86	0.43	-2.36*	0.22	0.05
Actitud_estudios	1.99	0.6	2.16	0.54	-3.31*	0.31	0.07
Interés_profesion.	1.42	0.55	1.47	0.53	-0.98	0.09	0.02
Participación	1.88	0.67	1.95	0.65	-1.19	0.11	0.03
	Grupo 2		Grupo 3				
ESCUELA	1.86	0.43	2.16	0.46	-9.58**	0.69 ^M	0.20
Actitud_estudios	2.16	0.54	2.43	0.56	-7.07**	0.51 ^M	0.15
Interés_profesion.	1.47	0.53	1.76	0.59	-7.47**	0.53 ^M	0.16
Participación	1.95	0.65	2.29	0.73	-7.13**	0.51 ^M	0.15
	Grupo 1		Grupo 3				
ESCUELA	1.77	0.47	2.16	0.46	-7.52**	0.85 ^A	0.38
Actitud_estudios	1.99	0.6	2.43	0.56	-6.77**	0.76 ^M	0.35
Interés_profesion.	1.42	0.55	1.76	0.59	-5.17**	0.58 ^M	0.27
Participación	1.88	0.67	2.29	0.73	-5.10**	0.57 ^M	0.27

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres

** p<0.001; * p<0.005; ; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

La tercera variable analizada fue la edad en que se probó por primera vez alcohol, tabaco o cannabis. En general, las diferencias entre adolescentes con diferente edad de inicio, tanto en la escala *Escuela* como en sus tres factores, son bajas o moderadas. Como era de esperar, las mayores diferencias se encuentran al comparar grupos extremos, pero incluso en este caso la magnitud del efecto es moderada. Lo que evidencia una limitada capacidad de la escala *Escuela* y sus factores y para detectar diferencias en función de la edad del primer consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Tabla 7.2.22).

Tabla 7.2.22. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Escuela* y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 - 2								Grupos 2-3							
ESCUELA	1.73	0.42	1.88	0.43	-6.2**	0.35	0.16	1.88	0.43	1.95	0.42	-1.08	0.14	0.03	
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.19	0.54	-6.5**	0.37	0.17	2.19	0.54	2.22	0.64	-0.42	0.06	0.01	
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.51	0.53	-5.14**	0.29	0.17	1.51	0.53	1.56	0.58	-0.68	0.09	0.02	
Participación	1.86	0.67	1.97	0.64	-3.02*	0.17	0.08	1.97	0.64	2.08	0.59	-1.26	0.17	0.04	
Grupos 1 - 3								Grupos 2-4							
ESCUELA	1.73	0.42	1.95	0.42	-3.67**	0.51 ^M	0.16	1.88	0.43	1.98	0.49	-2.39*	0.21	0.07	
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.22	0.64	-3.04*	0.42	0.14	2.19	0.54	2.29	0.62	-1.99*	0.18	0.06	
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.56	0.58	-2.85	0.39	0.13	1.51	0.53	1.57	0.62	-1.26	0.11	0.04	
Participación	1.86	0.67	2.08	0.59	-2.39	0.33	0.11	1.97	0.64	2.09	0.66	-2.13*	0.19	0.06	
Grupos 1 - 4								Grupos 2-5							
ESCUELA	1.73	0.42	1.98	0.49	-5.77**	0.56 ^M	0.23	1.88	0.43	1.99	0.51	-1.16	0.24	0.04	
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.29	0.62	-5.49**	0.53 ^M	0.22	2.19	0.54	2.25	0.63	-0.53	0.11	0.02	
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.57	0.62	-3.62**	0.35	0.25	1.51	0.53	1.65	0.59	-1.25	0.26	0.04	
Participación	1.86	0.67	2.09	0.66	-3.62**	0.35	0.15	1.97	0.64	2.08	0.86	-0.86	0.18	0.03	
Grupos 1 - 5								Grupos 2-6							
ESCUELA	1.73	0.42	1.99	0.51	-2.85	0.60 ^M	0.13	1.88	0.43	2.08	0.49	-4.18**	0.43	0.12	
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.25	0.63	-2.27	0.48	0.11	2.19	0.54	2.29	0.63	-1.68	0.17	0.05	
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.65	0.59	-2.79	0.59 ^M	0.13	1.51	0.53	1.69	0.63	-3.21*	0.33	0.09	
Participación	1.86	0.67	2.08	0.86	-1.58	0.33	0.07	1.97	0.64	2.26	0.76	-3.74**	0.39	0.33	
Grupos 1 - 6															
ESCUELA	1.73	0.42	2.08	0.49	-7.12**	0.78 ^M	0.29								
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.29	0.63	-4.81**	0.53 ^M	0.20								
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.69	0.63	-4.87**	0.54 ^M	0.39								
Participación	1.86	0.67	2.26	0.76	-5.31**	0.58 ^M	0.22								

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Continúa

Tabla 7.2.22. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Escuela* y de sus factores por grupos de edad de primer consumo (continuación)

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 3 - 4								Grupos 4-5							
ESCUELA	1.95	0.42	1.98	0.49	-0.44	0.07	0.03		1.98	0.49	1.99	0.51	-0.1	0.02	0.01
Actitud_estudios	2.22	0.64	2.29	0.62	-0.69	0.11	0.05		2.29	0.62	2.25	0.63	0.28	0.06	0.02
Interés_profesion.	1.56	0.58	1.57	0.62	-0.14	0.02	0.01		1.57	0.62	1.65	0.59	-0.57	0.13	0.04
Participación	2.08	0.59	2.09	0.66	-0.16	0.02	0.01		2.09	0.66	2.08	0.86	0.05	0.01	0.00
Grupos 3 - 5								Grupos 4-6							
ESCUELA	1.95	0.42	1.99	0.51	-0.39	0.09	0.04		1.98	0.49	2.08	0.49	-1.51	0.00	0.00
Actitud_estudios	2.22	0.64	2.25	0.63	-0.18	0.04	0.02		2.29	0.62	2.29	0.63	0.03	0.19	0.09
Interés_profesion.	1.56	0.58	1.65	0.59	-0.64	0.15	0.07		1.57	0.62	1.69	0.63	-1.47	0.24	0.12
Participación	2.08	0.59	2.08	0.86	-0.05	0.01	0.01		2.09	0.66	2.26	0.76	-1.86	0.00	0.00
Grupos 3 - 6								Grupos 5-6							
ESCUELA	1.95	0.42	2.08	0.49	-1.7	0.28	0.13		1.99	0.51	2.08	0.49	-0.77	0.17	0.07
Actitud_estudios	2.22	0.64	2.29	0.63	-0.62	0.10	0.05		2.25	0.63	2.29	0.63	-0.25	0.06	0.02
Interés_profesion.	1.56	0.58	1.69	0.63	-1.32	0.21	0.10		1.65	0.59	1.69	0.63	-0.3	0.07	0.03
Participación	2.08	0.59	2.26	0.76	-1.62	0.26	0.13		2.08	0.86	2.26	0.76	-1	0.23	0.09

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

Por último se analizaron las diferencias de las puntuaciones de la escala Escuela entre adolescentes con diferente edad de inicio de consumo habitual. Esta variable indica que existe un consumo regular de alcohol, tabaco o cannabis, y se espera que los jóvenes que hayan declarado una edad de inicio menor, presenten un mayor riesgo en la escala Escuela y sus factores. La escala detecta diferencia entre las puntuaciones de los grupos más polarizados: el Grupo 1 (Nunca probó el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis) y el Grupo 5 (Consumo habitual de tabaco y alcohol a los 13 años o antes y cannabis a los 14 o antes). Las diferencias son significativas para todas las medidas y la magnitud del efecto es relevante para cada factor que compone la escala: *Actitud hacia los estudios*; *Interés profesional* o vocación y *Participación en la vida escolar* y para la escala con una magnitud del efecto de $\delta=1.57$. Es decir, que el 70% de los jóvenes clasificados en el grupo 1 obtendría una puntuación inferior a la media del grupo 5 (Tabla 7.2.23).

Tabla 7.2.23. Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la dimensión *Escuela* y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitual

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1-2								Grupos 2-4							
ESCUELA	1.74	0.42	1.89	0.46	-3.8**	0.35	0.15		1.89	0.46	2.19	0.43	-5.34**	0.68 ^M	0.32
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.20	0.56	-4.08**	0.38	0.17		2.20	0.56	2.54	0.57	-4.72**	0.60 ^M	0.28
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.52	0.57	-3.05*	0.28	0.19		1.52	0.57	1.78	0.60	-3.57**	0.46	0.22
Participación	1.86	0.67	1.95	0.66	-1.59	0.15	0.07		1.95	0.66	2.26	0.70	-3.58**	0.46	0.22
Grupos 1-3								Grupos 2-5							
ESCUELA	1.74	0.42	2.11	0.42	-9.81**	0.61 ^M	0.28		1.89	0.46	2.40	0.33	-3.46*	1.13 ^A	0.26
Actitud_estudios	1.99	0.53	1.87	0.53	-8.88**	0.55 ^M	0.26		2.20	0.56	2.60	0.34	-2.24	0.73 ^M	0.17
Interés_profesion.	1.36	0.48	2.34	0.58	-7.31**	0.45	0.22		1.52	0.57	2.13	0.82	-3.26*	1.06 ^A	0.24
Participación	1.86	0.67	2.11	0.42	-6.45**	0.40	0.19		1.95	0.66	2.46	0.76	-2.34	0.76 ^M	0.18
Grupos 1-4								Grupos 3-4							
ESCUELA	1.74	0.42	2.19	0.43	-9.65**	1.08 ^A	0.39		2.11	0.42	2.19	0.43	-3.84**	0.42	0.14
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.54	0.57	-9.02**	1.01 ^A	0.36		1.87	0.53	2.54	0.57	-3.89**	0.42	0.14
Interés_profesion.	1.36	0.48	1.78	0.60	-6.44**	0.72 ^M	0.50		2.34	0.58	1.78	0.60	-3.01*	0.33	0.11
Participación	1.86	0.67	2.26	0.70	-5.37**	0.60 ^M	0.23		2.11	0.42	2.26	0.70	-1.88	0.20	0.07
Grupos 1-5								Grupos 3-5							
ESCUELA	1.74	0.42	2.4	0.33	-4.91**	1.57 ^A	0.23		2.01	0.46	2.40	0.33	-2.7	0.86 ^A	0.10
Actitud_estudios	1.99	0.53	2.6	0.34	-3.58**	1.15 ^A	0.17		2.3	0.57	2.60	0.34	-1.67	0.53 ^M	0.06
Interés_profesion.	1.36	0.48	2.13	0.82	-4.95**	1.58 ^A	0.23		1.59	0.57	2.13	0.82	-2.96*	0.94 ^A	0.11
Participación	1.86	0.67	2.46	0.76	-2.79*	0.89 ^A	0.13		2.13	0.68	2.46	0.76	-1.55	0.49	0.06
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
ESCUELA	1.89	0.46	2.11	0.42	-2.92*	0.26	0.10		2.19	0.43	2.4	0.33	-1.47	0.49	0.14
Actitud_estudios	2.20	0.56	1.87	0.53	-2.02	0.18	0.07		2.54	0.57	2.6	0.34	-0.34	0.11	0.03
Interés_profesion.	1.52	0.57	2.34	0.58	-1.59	0.14	0.06		1.78	0.60	2.13	0.82	-1.71	0.57 ^M	0.16
Participación	1.95	0.66	2.11	0.42	-2.89*	0.25	0.10		2.26	0.70	2.46	0.76	-0.84	0.28	0.08

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

7.2.2.g Conclusiones de la dimensión *Escuela*

La dimensión *Escuela* ha quedado formada por 9 ítems distribuidos en tres factores de primer orden: *Actitud hacia la escuela*, que mide la motivación por los estudios y la percepción de su utilidad y el rendimiento; *Interés o Vocación* que evalúa en qué grado se identifica con una aspiración o meta personal, social o profesional, y *Participación* que evalúa la actitud hacia las actividades escolares no académicas (Tabla 7.2.24).

En términos generales, la estructura interna de la dimensión *Escuela* presenta un buen ajuste y discrimina bien en función de las variables utilizadas para la validez de criterio. En consecuencia, si consideramos las magnitudes del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones, se obtiene un valor medio de $\delta = 0,98$ para la escala *Escuela*, lo que indica que el 83% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo.

Tabla 7.2.24 . ESCALA ESCUELA	
FACTOR	ÍTEM
Actitud	
	5b Saco buenas notas (inverso).
	5d Me gusta ir a clase. (Inverso)
	5a Estudio porque la ley me obliga.
	5c Estudiando me siento útil. (Inverso)
Interés profesional	
	6a Creo que los estudios son importantes para mi futuro. (Inverso)
	6b Estudio para poder tener un trabajo que me guste. (Inverso)
	6c Me gustaría ir a la universidad y estudiar una carrera. (Inverso)
Participación	
	7b Estaría dispuesto a apuntarme a actividades extraescolares después de clase. (Inverso)
	7a Me gusta hacer excursiones con mi clase. (Inverso)

En referencia a la hipótesis planteadas para la presente escala: hipótesis 9. “Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los de menor consumo”, hipótesis 10. “Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor”, hipótesis 11.- “Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Escuela*, que los lo probaron más tarde o nunca” e hipótesis 12. “Los sujetos que comenzaron a

consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Escuela, que los que comenzaron más tarde o nunca” se puede concluir que todas han sido verificadas.



7.2.3 Dimensión de Riesgo Micro-Social Familia

Contenidos

7.2.3.a Estadísticos descriptivos de los ítems.

7.2.3.b Análisis de la estructura interna.

7.2.3.c Análisis de los ítems.

Análisis de discriminación.

Análisis de homogeneidad.

7.2.3.d Análisis de fiabilidad.

7.2.3.e Estabilidad de la estructura factorial.

7.2.3.f Análisis de la validez.

7.2.3.g Conclusiones.

7.2.3.a. Estadísticos descriptivos de los ítems

Los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2.5, su varianza máxima 2.25^4 y, por tanto, su desviación típica máxima es 1.5.

Los datos de la Tabla 7.2.25 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que los ítems presentan medias que tienden, en general, a

$$^4 S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

estar por debajo de la puntuación central (2.5), lo que indica un nivel de riesgo medio-bajo. Destacan los ítems 8f, 9b, 9g por su baja media. Con respecto a la desviación típica, todas son medio-bajas, y ninguna supera el valor 1.

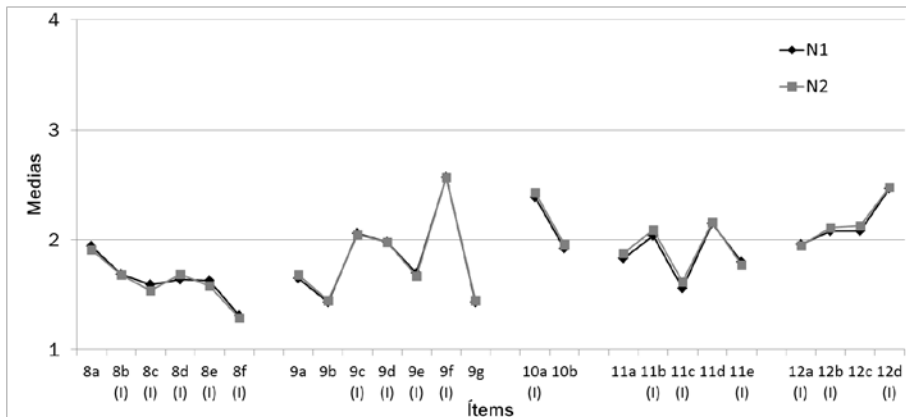
Tabla 7.2.25. Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la dimensión Micro-Social Familia

Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
8a	1.94	0.929	1.91	0.935	0.66	0.508
8b	1.69	0.918	1.68	0.936	0.04	0.972
8c	1.59	0.801	1.54	0.765	1.22	0.224
8d	1.64	0.804	1.69	0.810	-1.15	0.250
8e	1.63	0.785	1.58	0.734	1.31	0.190
8f	1.31	0.735	1.29	0.699	0.66	0.508
9a	1.65	0.925	1.68	0.914	-0.66	0.507
9b	1.43	0.624	1.45	0.628	-0.58	0.562
9c	2.06	0.861	2.05	0.874	0.22	0.824
9d	1.98	0.898	1.98	0.859	0.17	0.865
9e	1.70	0.782	1.67	0.743	0.74	0.459
9f	2.57	0.842	2.57	0.810	-0.19	0.847
9g	1.43	0.721	1.45	0.727	-0.62	0.539
10a	2.39	0.836	2.43	0.854	-1.04	0.298
10b	1.92	0.801	1.96	0.808	-0.87	0.384
11a	1.83	0.838	1.88	0.869	-1.21	0.226
11b	2.04	0.867	2.09	0.849	-1.25	0.210
11c	1.56	0.694	1.62	0.737	-1.91	0.056
11d	2.15	0.779	2.16	0.769	-0.22	0.824
11e	1.80	0.806	1.77	0.758	0.81	0.419
12a	1.96	0.756	1.95	0.756	0.34	0.732
12b	2.08	0.763	2.11	0.760	-0.84	0.404
12c	2.08	0.748	2.13	0.749	-1.57	0.117
12d	2.47	0.824	2.48	0.794	-0.21	0.834

La prueba t de Student presentada en la Tabla 7.2.25 muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.2.25 así como su representación en la Figura 7.2.9

Figura 7.2.9 Media aritmética de los ítems de la dimensión Familia



7.2.3.b Análisis de la estructura interna

El modelo inicial de la dimensión *Familia* se muestra en la Figura 7.2.10 y los índices de ajuste en la Tabla 7.2.26. Como se observa, el ajuste del modelo no fue bueno y presentó soluciones inadecuadas.

Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso iterativo de depuración. En primer lugar se eliminaron los ítems con comunalidades muy bajas (0–0.20). Éstos fueron los ítems 8a, 8d, 9a, 9g, 10a, 11a, 11c, 11d, 12a y 12c. Posteriormente, se eliminaron los ítems que, en una segunda fase, empeoraban el ajuste del modelo: 8c, 9e, 11b y 11d. Además, se reagruparon los ítems en los factores siguiendo un criterio de contenido de los mismos, de forma que el modelo resultante se compuso de tres factores (Actitud parental, Clima positivo y Clima negativo), tal como aparece en la Figura 7.2.11.

Figura 7.2.10 Dimensión Familia: Modelo inicial

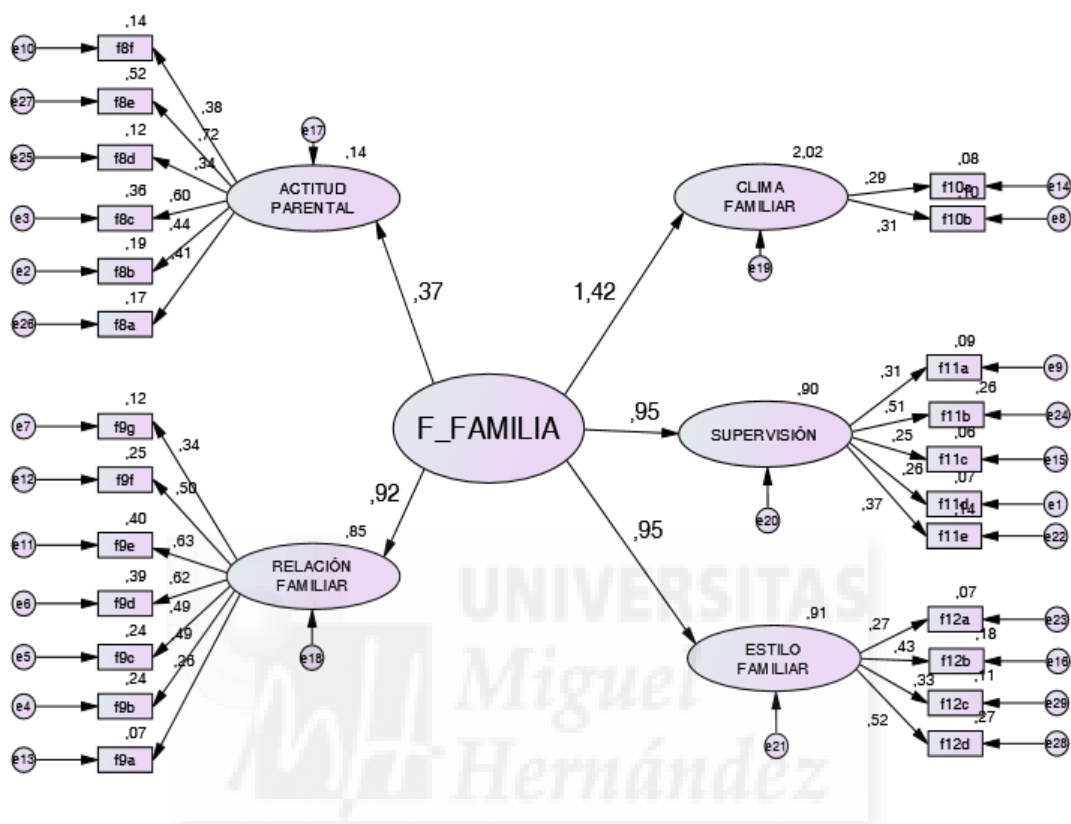
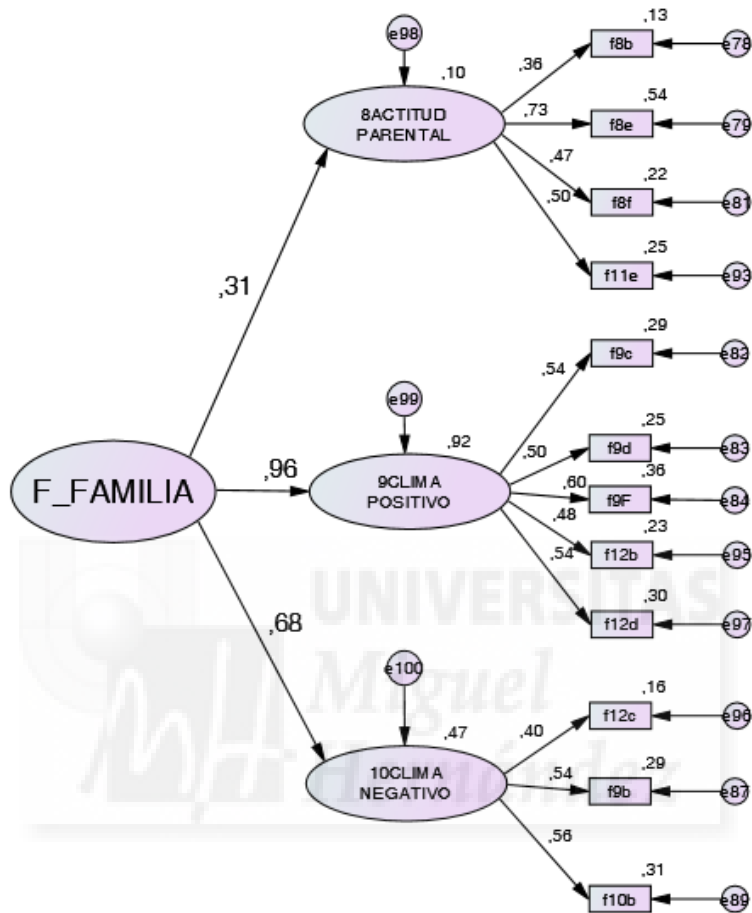


Tabla 7.2.26 Índices de bondad de ajuste de la dimensión Familia

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	χ^2/gl	TLI	CFI	RMSEA	CI _{RMSEA}
Inicial	N ₁	1206.7	247	0.000	4.89	0.70	0.73	0.06	0.06-0.07
	N ₂	1190.0	247	0.000	4.82	0.68	0.72	0.06	0.06-0.07
Final	N ₁	153.03	51	0.000	3.00	0.91	0.93	0.04	0.04-0.05
	N ₂	137.70	51	0.000	2.70	0.91	0.93	0.04	0.03-0.05

Figura 7.2.11 Dimensión Familia: Modelo final



7.2.3.c Análisis de los ítems

7.2.3.c.1 Análisis de discriminación

Se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0,25–0,30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.2.27 para la dimensión *Familia*, todos los ítems presentan índices aceptables, superiores a los puntos de corte en todos los casos, siendo los más elevados los pertenecientes al factor *Clima positivo*..

Tabla 7.2.27 Índices de discriminación de los ítems de la dimensión Micro-Social : Familia

Factor	Ítem	N ₁	N ₂
Actitud parental	8b	0.262	0.305
	8e	0.493	0.484
	8f	0.353	0.292
	11e	0.326	0.287
Clima positivo	9c	0.421	0.455
	9d	0.368	0.392
	9f	0.481	0.436
	12b	0.381	0.341
Clima negativo	12d	0.424	0.413
	9b	0.302	0.281
	10b	0.358	0.291
	12c	0.314	0.238

7.2.3.c.2 Análisis de homogeneidad

En la Tabla 7.2.28 se observa que todos los ítems de la dimensión *Familia* se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su dimensión que con el resto de dimensiones de la escala, y siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson (1970).

Tabla 7.2.28 Correlaciones de los ítems con los factores de la dimensión Micro-Social Familia

Ítem	N ₁			N ₂		
	Actitud parental	Clima positivo	Clima negativo	Actitud parental	Clima positivo	Clima negativo
8b	0.64	0.06	0.00	0.69	0.06	0.01
8e	0.74	0.15	0.09	0.73	0.12	0.05
8f	0.63	0.11	0.05	0.59	0.07	0.04
11e	0.64	0.22	0.17	0.61	0.18	0.13
9c	0.16	0.66	0.23	0.11	0.70	0.22
9d	0.10	0.63	0.33	0.18	0.65	0.31
9f	0.15	0.70	0.20	0.03	0.67	0.22
12b	0.11	0.61	0.19	0.09	0.58	0.22
12d	0.13	0.66	0.27	0.11	0.64	0.18
9b	0.12	0.34	0.65	0.20	0.28	0.64
10b	0.08	0.30	0.77	0.03	0.34	0.74
12c	0.04	0.17	0.71	-0.03	0.12	0.68

7.2.3.d Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alpha (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.2.29. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0.70 (Nunnally y Bernstein, 1995), y, además, que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, podemos decir que los índices encontrados resultarían aceptables aunque mejorables, excepto en el factor *Clima Familiar Negativo*, formado por 3 ítems, en el que son bajos sobre todo en la muestra 2.

Tabla 7.2.29 Consistencia interna de los factores de la dimensión Micro-Social Familia

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Actitud de los padres hacia las drogas	0.60	0.55	0.69	0.69
Clima familiar positivo	0.66	0.65	0.74	0.74
Clima familiar negativo	0.51	0.44	0.66	0.60

Para la evaluación de la fiabilidad test–retest se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.2.291 e indican una buena estabilidad temporal para los factores *Clima Familiar* aunque mejorable en el caso de la *Actitud de los padres hacia la droga*.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que, aunque la diferencia de medias para uno de los factores en los momentos test y retest es estadísticamente significativa, los tamaños del efecto son pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 8.2.30).

Tabla 7.2.30 Estabilidad temporal de los factores de la dimensión Micro-Social Familia

Factor	R _{test-retest}		Test		Retest		t	p	δ	r ²
	N ₁	N ₂	Media	D.T.	Media	D.T.				
Actitud de los padres hacia las drogas	0.54	0.52	1.57	0.51	1.57	0.50	0.34	0.737	0.01	0.00
Clima familiar positivo	0.75	0.75	2.20	0.55	2.19	0.51	1.08	0.281	0.04	0.00
Clima familiar negativo	0.62	0.62	1.78	0.50	1.81	0.48	-1.96	0.051	0.08	0.01

7.2.3.e Estabilidad de la estructura factorial.

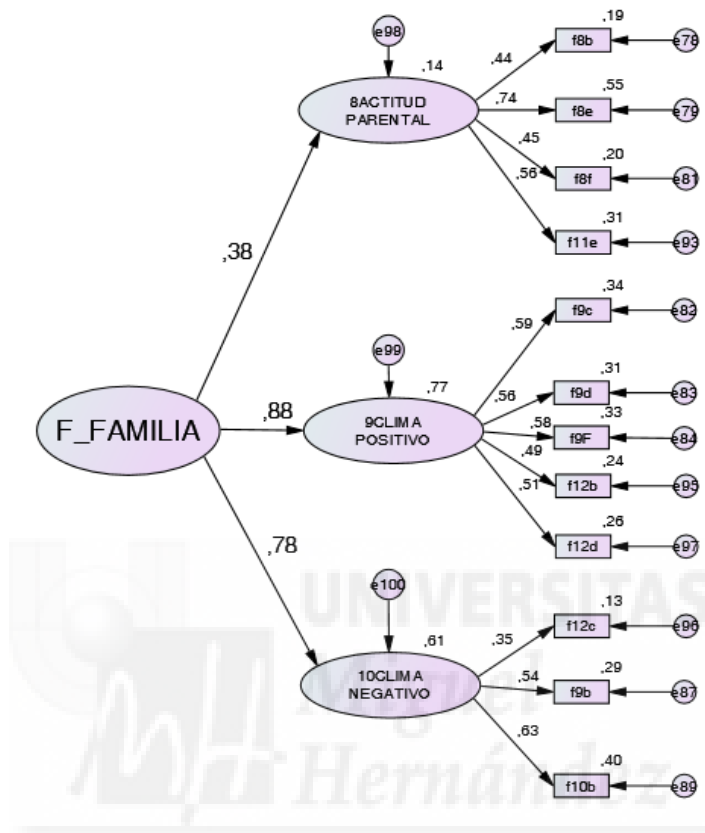
Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 37.6). Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.2.12, mientras que en la Tabla 7.2.31 aparecen los índices de bondad de ajuste.

Tabla 7.2.31. Índices de bondad de ajuste de la dimensión Familia. Test y retest

Modelo	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Modelo Final – Pase Test	153.03	51	0.000	3.00	0.91	0.93	0.04	0.04–0.05
Modelo Final – Pase Retest	264.88	51	0.000	5.19	0.92	0.94	0.05	0.04–0.05

Figura 7.2.12 Dimensión Micro-Social Familia



Como se observa, el modelo presenta un buen ajuste en el retest, no existiendo diferencias con el ajuste encontrado en el pretest.

7.2.3.f Análisis de la validez

Para determinar la validez de la *dimensión Micro-Social Familia* se analizó su capacidad de discriminar la ubicación de un sujeto en un grupo según su puntuación con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis y otras variables relacionadas.

Tabla 7.2.32. Diferencias de medias y Tamaño del Efecto

de la Escala Familia y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
FAMILIA	1.77	0.34	2.14	0.37	-17.9**	1.04 ^A	0.45
Actitud_Parental	1.48	0.51	1.96	0.57	-15**	0.87 ^A	0.43
Clima_Fam. +	2.12	0.52	2.45	0.52	-10.6**	0.62 ^M	0.29
Clima_Fam -	1.72	0.47	2.02	0.55	-9.96**	0.58 ^M	0.31

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Los resultados de los análisis de validez muestran que la puntuación total de la escala *Familia* y la del factor *Actitud Parental* es significativamente diferente en función del consumo. Los tamaños del efecto para ambas diferencias de medias son elevados, $\delta = 1,04$ y $\delta=0,87$ respectivamente. Los otros dos factores que forman la escala, *Clima Familiar Positivo* y *Clima Familiar Negativo*, presentan así mismo una capacidad satisfactoria para identificar que adolescente desarrollará un consumo (Tabla 7.2.32).

El siguiente criterio utilizado para analizar la validez predictiva fue el *número de amigos* que consumen tabaco, alcohol y/o cannabis. En la Tabla 7.2.33 se observan las puntuaciones de la escala y sus factores de tres grupos diferenciados por el número de amigos que consumen: Grupo 1 Ningún amigo consume nada, Grupo 2 Algunos consumen al menos una, y Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres. La diferencia entre los grupos 1 y 3 tiene un tamaño del efecto de $\delta = 1,02$, de tal forma que la escala *Familia* tiene una probabilidad del 84% de que un sujeto del grupo 1 se situaría por debajo de la media del Grupo 3.

Tabla 7.2.33 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la Escala Familia y de sus Factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
FAMILIA	1.79	0.41	1.91	0.36	-3.46*	0.32	0.08
Actitud_Parental	1.59	0.66	1.63	0.53	-0.9	0.08	0.02
Clima_Fam. +	2.09	0.58	2.25	0.53	-3.22*	0.30	0.07
Clima_Fam -	1.69	0.56	1.84	0.5	-3.13*	0.29	0.07
	Grupo 2		Grupo 3				
FAMILIA	1.91	0.36	2.19	0.38	-10.9**	0.78 ^M	0.23
Actitud_Parental	1.63	0.53	2.01	0.59	-9.83**	0.70 ^M	0.21
Clima_Fam. +	2.25	0.53	2.48	0.53	-6.03**	0.43	0.13
Clima_Fam -	1.84	0.50	2.09	0.57	-6.78**	0.49	0.14
	Grupo 1		Grupo 3				
FAMILIA	1.79	0.41	2.19	0.38	-9.10**	1.02 ^A	0.44
Actitud_Parental	1.59	0.66	2.01	0.59	-6.09**	0.69 ^M	0.31
Clima_Fam. +	2.09	0.58	2.48	0.53	-6.25**	0.70 ^M	0.32
Clima_Fam -	1.69	0.56	2.09	0.57	-6.20**	0.70 ^M	0.32

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

En cuanto a la variable *edad de inicio*, las diferencias entre adolescentes con diferente edad de inicio, tanto en la escala *Familia* como en sus tres factores, no son relevantes. Como era de esperar, las mayores diferencias se encuentran al comparar grupos extremos. Pero, al igual que ocurre con la escala anterior *Escuela*, incluso en estos casos la magnitud del efecto es moderada. Ello evidencia una limitada capacidad de la escala *Familia* y sus factores para detectar diferencias en función de la edad del primer consumo de tabaco, alcohol y/o cannabis (Tabla 7.2.34).

En la cuarta comparación se utilizó la variable *edad de inicio del consumo habitual* (Tabla 7.2.35). Al igual que ocurre en la anterior, la escala se muestra más sensible con los sujetos de bajo riesgo, ya que discrimina mejor a los sujetos del Grupo 1 al compararlos con los grupos 4 y 5. Aunque las diferencias halladas entre grupos más próximos, 1-2 y 1-3, sí llegan a ser significativas, la magnitud del efecto sólo alcanza niveles moderados. El tamaño de las diferencias mantiene relación directa con la distancia entre grupos, y por tanto la mayor diferencia corresponde a la escala Familia en la comparación del Grupo 1 con el Grupo 5, $\delta = 1.67$ que indica que al menos el 95% de los sujetos del Grupo 1 obtienen una puntuación inferior a la media del Grupo 5.

El porcentaje que informa la edad de su primera experiencia con alguna de las tres sustancias es elevado: el 47.39% para el tabaco, 80.98% para el alcohol y el 29.11% para el cannabis. Sin embargo, el porcentaje que declara tener un consumo habitual es menos de la mitad de los que dicen haber probado el tabaco (15.42%), la cuarta parte para el alcohol (22.29%) y aproximadamente un tercio para el cannabis (9,69%). Las altas tasas de adolescentes que prueban alguna de las tres sustancias y no mantienen el consumo, obliga a reflexionar sobre la validez de la variable edad de inicio como criterio para relacionarlo con la gravedad del consumo.

Tabla 7.2.34 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la Escala Familia y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 - 2								Grupos 2-3							
FAMILIA	1.75	0.36	1.95	0.36	-9.46**	0.54 ^M	0.24		1.95	0.36	1.95	0.32	0.05	0.01	0.00
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.69	0.52	-7.26**	0.41	0.18		1.69	0.52	1.71	0.56	-0.28	0.04	0.01
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.28	0.53	-5.52**	0.31	0.14		2.28	0.53	2.31	0.49	-0.049	0.01	0.00
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.87	0.51	-6.98**	0.40	0.23		1.87	0.51	1.81	0.49	0.92	0.12	0.03
Grupos 1 - 3								Grupos 2-4							
FAMILIA	1.75	0.36	1.95	0.32	-3.93**	0.54 ^M	0.17		1.95	0.36	2.04	0.35	-2.77	0.25	0.08
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.71	0.56	-3.11**	0.43	0.14		1.69	0.52	1.74	0.52	-0.98	0.09	0.03
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.31	0.49	-2.85	0.39	0.13		2.28	0.53	2.41	0.49	-2.88	0.26	0.08
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.81	0.49	-2.00	0.28	0.09		1.87	0.51	1.96	0.56	-1.83	0.16	0.05
Grupos 1 - 4								Grupos 2-5							
FAMILIA	1.75	0.36	2.04	0.35	-8.2**	0.79 ^M	0.32		1.95	0.36	1.91	0.36	-0.58	0.12	0.02
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.74	0.52	-4.98**	0.48	0.20		1.69	0.52	1.74	0.46	-0.46	0.09	0.01
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.41	0.49	-6.16**	0.60 ^M	0.25		2.28	0.53	2.29	0.54	-0.15	0.03	0.00
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.96	0.56	-5.78**	0.56 ^M	0.23		1.87	0.51	1.68	0.58	1.84	0.38	0.06
Grupos 1 - 5								Grupos 2-6							
FAMILIA	1.75	0.36	1.91	0.36	-2.02	0.42	0.09		1.95	0.36	2.20	0.38	-6.64**	0.69 ^M	0.19
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.74	0.46	-2.31	0.48	0.11		1.69	0.52	2.08	0.58	-7.03**	0.73 ^M	0.20
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.29	0.54	-1.69	0.35	0.08		2.28	0.53	2.47	0.49	-3.45*	0.36	0.10
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.68	0.58	0.00	0.00	0.00		1.87	0.51	2.05	0.60	-3.26*	0.34	0.10
Grupos 1 - 6															
FAMILIA	1.75	0.36	2.20	0.38	-11.12**	1.22 ^A	0.43								
Actitud_Parental	1.47	0.56	2.08	0.58	-9.72**	1.07 ^A	0.39								
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.47	0.49	-6.33**	0.70 ^M	0.26								
Clima_Fam -	1.68	0.48	2.05	0.60	-6.67**	0.73 ^M	0.28								

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Continúa

Tabla 7.2.34 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la Escala Familia y de sus factores por grupos de edad de primer consumo (continuación)

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 3 - 4								Grupos 4-5							
FAMILIA	0.32	-3.93	2.04	0.35	-1.71	0.26	0.12		2.04	0.35	1.91	0.36	1.68	0.37	0.13
Actitud_Parental	0.56	-3.11	1.74	0.52	-0.32	0.05	0.02		1.74	0.52	1.74	0.46	-0.03	0.01	0.00
Clima_Fam. +	0.49	-2.85	2.41	0.49	-1.35	0.21	0.10		2.41	0.49	2.29	0.54	1.1	0.24	0.09
Clima_Fam -	0.49	-2.00	1.96	0.56	-1.76	0.27	0.12		1.96	0.56	1.68	0.58	2.25	0.50 ^M	0.17
Grupos 3 - 5								Grupos 4-6							
FAMILIA	0.32	-3.93	1.91	0.36	0.50	0.12	0.06		2.04	0.35	2.20	0.38	-3.37*	0.44	0.21
Actitud_Parental	0.56	-3.11	1.74	0.46	-0.23	0.06	0.03		1.74	0.52	2.08	0.58	-4.75**	0.62 ^M	0.29
Clima_Fam. +	0.49	-2.85	2.29	0.54	0.15	0.04	0.02		2.41	0.49	2.47	0.49	-0.84	0.11	0.05
Clima_Fam -	0.49	-2.00	1.68	0.58	1.06	0.26	0.12		1.96	0.56	2.05	0.60	-1.22	0.16	0.08
Grupos 3 - 6								Grupos 5-6							
FAMILIA	0.32	-3.93	2.20	0.38	-4.26**	0.69 ^M	0.32		1.91	0.36	2.20	0.38	-3.39*	0.77 ^M	0.29
Actitud_Parental	0.56	-3.11	2.08	0.58	-3.92**	0.64 ^M	0.30		1.74	0.46	2.08	0.58	-2.64	0.60 ^M	0.23
Clima_Fam. +	0.49	-2.85	2.47	0.49	-1.94	0.32	0.15		2.29	0.54	2.47	0.49	-1.53	0.35	0.14
Clima_Fam -	0.49	-2.00	2.05	0.60	-2.56	0.42	0.20		1.68	0.58	2.05	0.60	-2.73	0.62 ^M	0.24

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Tabla 7.2.35 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la Escala Familia y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitua

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 – 2								Grupos 2-4							
FAMILIA	1.75	0.36	2.01	0.35	-7.69**	0.71 ^M	0.30		2.01	0.35	2.27	0.32	-6.00**	0.77 ^M	0.35
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.73	0.52	-5.11**	0.47	0.21		1.73	0.52	2.15	0.54	-6.09**	0.78 ^M	0.36
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.36	0.56	-5.14**	0.47	0.21		2.36	0.56	2.51	0.5	-2.16	0.28	0.13
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.93	0.51	-5.48**	0.51 ^M	0.22		1.93	0.51	2.14	0.57	-3.21*	0.41	0.20
Grupos 1 – 3								Grupos 2-5							
FAMILIA	1.75	0.36	2.09	0.37	-14.91**	0.92 ^A	0.41		2.01	0.35	2.35	0.40	-3.00*	0.98 ^A	0.22
Actitud_Parental	1.47	0.56	1.85	0.55	-11.04**	0.68 ^M	0.32		1.73	0.52	2.40	0.68	-3.85**	1.25 ^A	0.28
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.42	0.54	-9.43**	0.58 ^M	0.27		2.36	0.56	2.52	0.47	-0.91	0.30	0.07
Clima_Fam -	1.68	0.48	1.99	0.53	-9.95**	0.61 ^M	0.29		1.93	0.51	2.13	0.50	-1.26	0.41	0.10
Grupos 1 – 4								Grupos 3-4							
FAMILIA	1.75	0.36	2.27	0.32	-13.1**	1.46 ^A	0.49		2.09	0.37	2.27	0.32	-4.58**	0.50 ^M	0.16
Actitud_Parental	1.47	0.56	2.15	0.54	-10.79**	1.21 ^A	0.42		1.85	0.55	2.15	0.54	-4.95**	0.54 ^M	0.18
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.51	0.5	-6.95**	0.78 ^M	0.29		2.42	0.54	2.51	0.5	-1.59	0.17	0.06
Clima_Fam -	1.68	0.48	2.14	0.57	-7.51**	0.84 ^A	0.55		1.99	0.53	2.14	0.57	-2.57	0.28	0.09
Grupos 1 – 5								Grupos 3-5							
FAMILIA	1.75	0.36	2.35	0.40	-5.23**	1.67 ^A	0.24		2.09	0.37	2.35	0.40	-2.27	0.72 ^M	0.09
Actitud_Parental	1.47	0.56	2.40	0.68	-5.14**	1.64 ^A	0.24		1.85	0.55	2.40	0.68	-3.11*	0.99 ^A	0.12
Clima_Fam. +	2.11	0.52	2.52	0.47	-2.51	0.80 ^A	0.12		2.42	0.54	2.52	0.47	-0.62	0.20	0.02
Clima_Fam -	1.68	0.48	2.13	0.50	-2.97*	0.95 ^A	0.14		1.99	0.53	2.13	0.50	-0.82	0.26	0.03
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
	2.01	0.35	2.09	0.37	-2.55	0.22	0.09		2.27	0.32	2.35	0.40	-0.8	0.27	0.08
	1.73	0.52	1.85	0.55	-2.47	0.22	0.09		2.15	0.54	2.40	0.68	-1.38	0.46	0.13
	2.36	0.56	2.42	0.54	-1.21	0.11	0.04		2.51	0.5	2.52	0.47	-0.09	0.03	0.01
	1.93	0.51	1.99	0.53	-1.48	0.13	0.05		2.14	0.57	2.13	0.50	0.06	0.02	0.01

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

7.2.3.g Conclusiones de la dimensión Micro-Social Familia.

La dimensión *Micro-Social Familia* ha quedado formada por 12 ítems distribuidos en tres factores: *Actitud Parental*, *Clima Familiar Negativo* y *Clima Familiar Positivo* (Tabla 7.2.36). El factor que más aporta a la escala es la *Actitud Parental*. Sin embargo, la presencia de los otros dos factores aporta matices sobre el perfil de riesgo y permite conocer que aspectos requieren una mayor atención de cara a justificar una intervención preventiva.

En términos generales, la estructura interna de la escala *Familia* presenta un buen ajuste y alta discriminación en función de las variables utilizadas para la validez de criterio. Muestra de ello es el valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones, obtenemos un valor medio de $\delta = 1.23$ para la escala *Familia*, lo que indica que en general el 88% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo. De entre los factores, destaca *Actitud Parental* con un tamaño del efecto medio de $\delta = 1.06$.

Tabla 7.2.36 Escala Familia	
FACTOR	ÍTEM
Actitud	8b Mis padres se enfadarían si se enterasen que yo fumo tabaco. (Inverso) 8e Si mi madre me pillase borracho/a, se enfadaría bastante. (Inverso) 8f Si mis padres me pillaran con hachís se enfadarían mucho. (Inverso) 11 Si volviera a casa borracho, mis padres se darían cuenta(Inverso)
Clima Positivo	9c En mi casa, nos juntamos toda la familia para cenar (Inverso) 9d Puedo confiar en mi padre cuando tengo un problema. (Inverso) 9f En mi familia hacemos actividades juntos durante el fin de semana. (Inverso) 12d Las normas familiares las discutimos y las ponemos en común. (Inverso) 12b En casa nos repartimos el trabajo. (Inverso)
Clima Negativo	9b Paso de mis padres. 10b En mi familia se discute mucho. 12c En casa me obligan a hacer lo que no quiero.

En referencia a las cuatro hipótesis relativas a la escala Familia: hipótesis 13. “Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia* que los de menor consumo”, hipótesis 14. “Los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Micro-Social Familia*, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor”, hipótesis 15. “Los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y

el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Familia, que los lo probaron más tarde o nunca” e hipótesis 16. “Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala Micro-Social Familia, que los que comenzaron más tarde o nunca” todas ellas han sido verificadas.





Capítulo 7.3.

Escala de Factores de Riesgo Individual

La escala Individual fue inicialmente concebida como una medida única de la presencia de factores de riesgo de naturaleza personal, es decir atribuibles a causas internas y ajenas al contexto social. Sin embargo, los resultados de los análisis factoriales aconsejaron distribuir los factores en tres dimensiones independientes. La primera dimensión Individual-Estado hace referencia a los factores relacionados con las creencias y actitudes hacia el consumo. La segunda dimensión Individual-Rasgo incluye aquellos factores relacionados con los rasgos de la personalidad, y probablemente más estables. Por último, la dimensión Habilidades de Comunicación evalúa el estilo y características de las relaciones sociales que la literatura asocia a un mayor riesgo de consumo.

En consecuencia, el presente capítulo se estructura en tres subcapítulos correspondientes a cada una de las tres citadas dimensiones.

Contenidos

7.3.1 Dimensión Individual- Estado

7.3.2 Dimensión Individual- Rasgo

7.3.3 Dimensión Habilidades Sociales.



7.3.1 Dimensión INDIVIDUAL-ESTADO

Contenidos

7.3.1.a Estadísticos descriptivos de los ítems.

7.3.1.b Análisis de la estructura interna.

7.3.1.c Análisis de los ítems.

Análisis de discriminación.

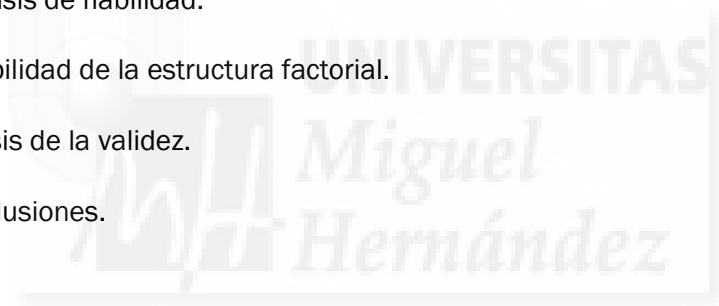
Análisis de homogeneidad.

7.3.1.d Análisis de fiabilidad.

7.3.1.e Estabilidad de la estructura factorial.

7.3.1.f Análisis de la validez.

7.3.1.g Conclusiones.



7.3.1.a.- Estadísticos descriptivos de los ítems

Al igual que en las escalas anteriores, los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2.5, su varianza máxima 2.25^5 y, por tanto, su desviación típica máxima es 1.5.

Los datos de la Tabla 7.3.1 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que ningún ítem tiene una media extrema, salvo el ítem 20f (“El consumo de anfetaminas aumenta la capacidad intelectual”) y el ítem 21a (“Consumir drogas aumenta el riesgo de que ocurran cosas peligrosas”), en los que el promedio es cercano a 1, indicando un nivel de riesgo muy bajo. Con respecto a la desviación típica, todas son medio-bajas.

Tabla 7.3.1 Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la dimensión Individual-Estado

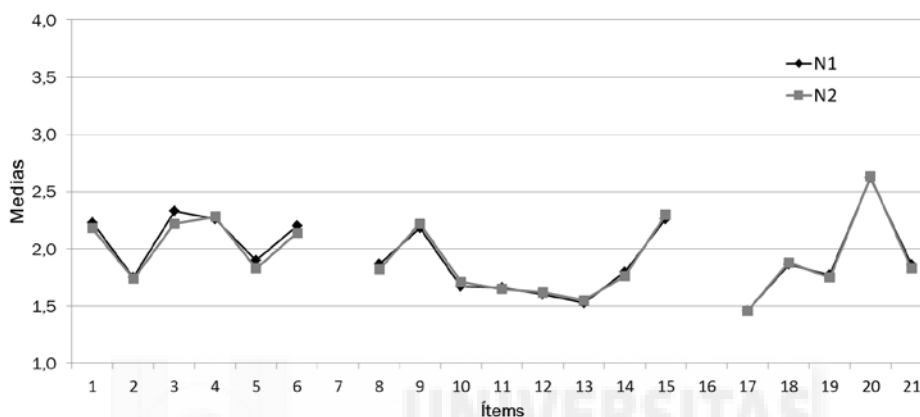
Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
19a	2.23	0.83	2.18	0.76	1.51	0.132
19b	1.75	0.78	1.74	0.74	0.50	0.616
19c	2.33	1.00	2.22	0.99	2.31	0.021
19d	2.26	0.69	2.28	0.67	-0.53	0.597
19e	1.90	0.73	1.83	0.68	2.19	0.028
19f	2.20	0.76	2.14	0.74	1.92	0.055
20a	1.87	0.84	1.82	0.84	1.47	0.142
20b	2.18	0.90	2.22	0.91	-1.03	0.303
20c	1.67	0.80	1.71	0.87	-1.21	0.225
20d	1.66	0.84	1.65	0.83	0.40	0.687
20e	1.60	0.86	1.62	0.87	-0.56	0.573
20f	1.53	0.78	1.55	0.81	-0.64	0.520
20g	1.80	0.97	1.76	0.94	1.10	0.274
20h	2.26	0.93	2.3	0.92	-0.81	0.419
21a	1.46	0.81	1.46	0.83	0.12	0.907
21b	1.86	0.83	1.88	0.85	-0.55	0.585
21c	1.77	0.80	1.75	0.81	0.44	0.661
21d	2.62	0.94	2.63	0.91	-0.30	0.762
21e	1.86	0.94	1.83	0.91	0.57	0.570

La prueba *t* de Student presentada en la Tabla 7.3.1 muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras, excepto en el caso del ítem 19c (“Debería adelgazar”), aunque el tamaño del efecto de dicha diferencia es muy pequeño ($\delta=0.10$; $r=0.05$).

$$^5 S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.3.1, así como su representación en la Figura 7.3.1, podemos concluir que no se ha producido dicho fenómeno.

Figura 7.3.1. Media aritmética de los ítems de la dimensión Individual-Estado



7.3.1.b Análisis de la estructura interna

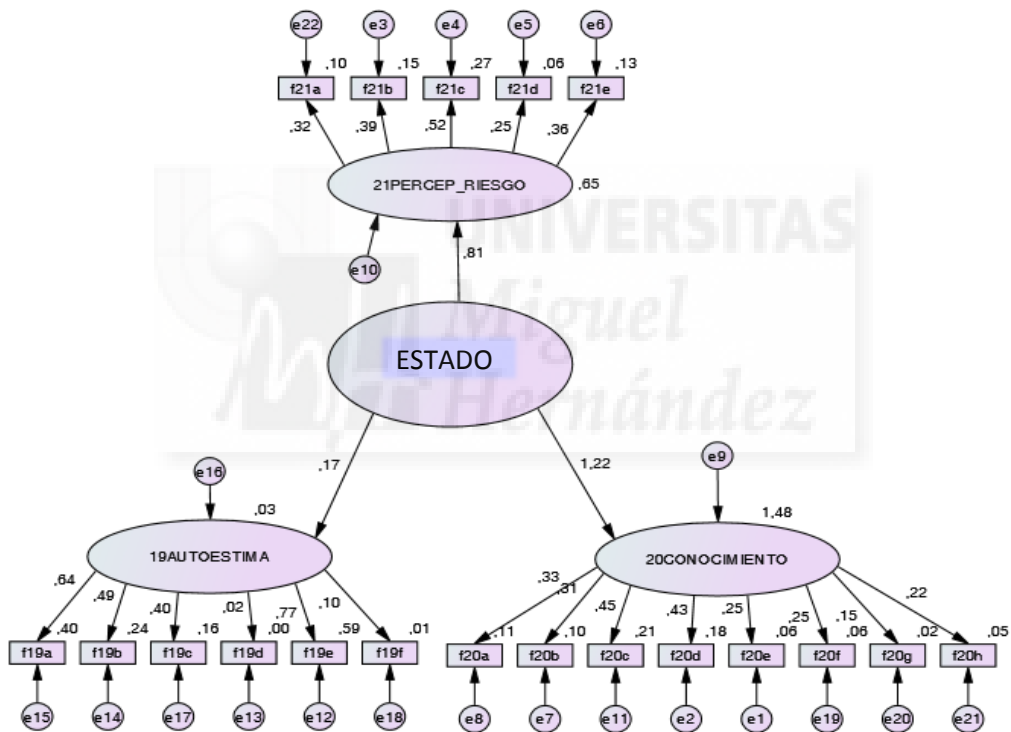
Al igual que en los casos anteriores, para determinar la estructura interna de la dimensión Individual-Estado se recurrió al análisis factorial confirmatorio a través de modelos de ecuaciones estructurales. La estimación de los parámetros de los modelos se realizó con el método de Máxima Verosimilitud (ML, Maximum Likelihood), ya que se asumió normalidad multivariada al obtener un coeficiente de Mardia de 39.1.

El modelo inicial del factor Individual Rasgo aparece representado en la Figura 7.3.2, junto con las estimaciones sus parámetros y los índices de ajuste en la Tabla 7.3.2. Estas estimaciones se muestran estandarizadas para que la interpretación del modelo sea más sencilla.

Como se observa, el ajuste del modelo es inadecuado, así como el valor de algunos de sus parámetros. Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso de depuración iterativo, así como una reestructuración de los ítems en los factores. Inicialmente se eliminaron los ítems 19d (“La gente me pide ayuda porque le resuelvo problemas”), 19f (“Los problemas son oportunidades para demostrar lo que vales”) y 21d (“Si controlas lo que te tomas, no tiene porqué pasar nada”) por presentar una comunalidad nula.

Además, el modelo se reestructuró, pasando dos ítems del factor *Información* al factor *Percepción del riesgo*, ya que los índices de modificación del modelo sugerían ese cambio y, además, era un cambio coherente con el contenido de los ítems y del factor de destino. Los ítems fueron el 20c (“El consumo de hachís reduce la capacidad de concentración”) y el 20d (“El consumo moderado de tabaco perjudica la salud”). Finalmente se eliminó el factor *Autoestima* por no aportar nada de varianza al modelo ($r^2=0.05$).

Figura. 7.3.2 Individual-Estado: Modelo Inicial



El modelo final aparece representado en la Figura 7.3.3 y sus índices de bondad de ajuste en la Tabla 7.3.2. Se observa que presenta un ajuste excelente, resultando ser no significativo, y que el funcionamiento de los ítems es adecuado.

Figura 7.3.3 Individual-Estado: Modelo Final

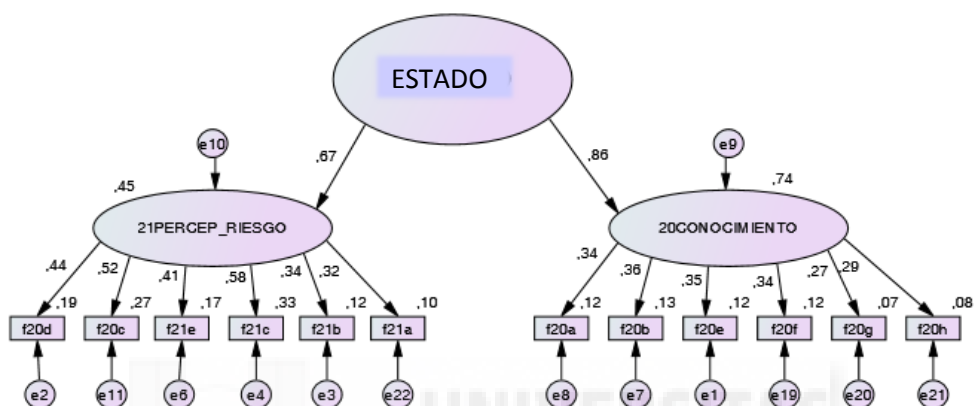


Tabla. 7.3.2.- Índices de bondad de ajuste de la dimensión Individual-Estado

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Inicial	N ₁	354.9	149	0.000	2.38	0.83	0.85	0.04	0.03-0.04
	N ₂	365.9	149	0.000	2.44	0.83	0.85	0.04	0.03-0.04
Final	N ₁	88.1	53	0.002	1.66	0.93	0.95	0.03	0.02-0.04
	N ₂	107.6	53	0.000	2.03	0.90	0.92	0.03	0.03-0.04

7.3.1.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0.25–0.30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.3.3. Los ítems del factor *Conocimiento* presentan índices inferiores a los valores adecuados, por lo que deberán ser revisados.

Tabla 7.3.3.- Índices de discriminación de los ítems de la dimensión <i>Individual-Estado</i>				
	Ítem	N ₁	N ₂	
Conocimiento	20a	0.237	0.195	
	20b	0.177	0.186	
	20e	0.207	0.212	
	20f	0.186	0.218	
	20g	0.142	0.174	
	20h	0.208	0.207	
	Percepción del riesgo	21a	0.249	0.241
		21b	0.288	0.261
21c		0.393	0.398	
21d		0.301	0.319	
21e		0.373	0.356	
20c		0.297	0.333	
20d		0.249	0.241	

Análisis de homogeneidad

En la Tabla 7.3.4 se observa que todos los ítems de la dimensión *Individual Rasgo* se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su factor que con el resto de factores de la dimensión, y siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson (1970).

Tabla. 7.3.4.- Correlaciones de los ítems con los factores de la dimensión Individual-Estado

Ítem	N ₁		N ₂	
	Conocimiento	Percepción del riesgo	Conocimiento	Percepción del riesgo
20a	0.525	0.187	0.489	0.177
20b	0.495	0.199	0.503	0.213
20e	0.506	0.138	0.512	0.145
20f	0.463	0.148	0.498	0.159
20g	0.492	0.082	0.504	0.097
20h	0.529	0.089	0.524	0.071
21a	0.144	0.498	0.152	0.494
21b	0.145	0.544	0.155	0.524
21c	0.204	0.617	0.201	0.619
21e	0.118	0.586	0.162	0.586
20c	0.157	0.602	0.179	0.606
20d	0.178	0.554	0.114	0.575

7.3.1.d.- Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alfa (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.3.5. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0.70 (Nunnally y Bernstein, 1995), podemos decir que los índices encontrados resultarían mejorables, sobre todo en el caso del factor *Conocimiento*.

Tabla 7.3.5. *Consistencia interna de los factores de la dimensión Individual-Estado*

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Conocimiento	0.40	0.41	0.47	0.48
Percepción del riesgo	0.58	0.58	0.67	0.66

Para la evaluación de la fiabilidad test-retest se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.3.5 e indican una estabilidad temporal moderada para ambos factores.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que, aunque la diferencia de medias para el factor *Conocimiento* en los momentos test y retest es estadísticamente significativa al nivel 0.05, los tamaños del efecto son muy pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.3.6).

Tabla 7.3.6. *Estabilidad temporal de los factores de la dimensión Individual-Estado*

Factor	R _{test-retest}		Test		Retest		t	p	δ	r ²
	N ₁	N ₂	Media	D.T.	Media	D.T.				
Conocimiento	0.56	0.47	1.85	0.43	1.88	0.46	-2.425	0.015	0.07	0.00
Percepción del riesgo	0.51	0.53	1.70	0.47	1.68	0.45	1.695	0.090	0.05	0.00

7.3.1.e. Estabilidad de la estructura factorial

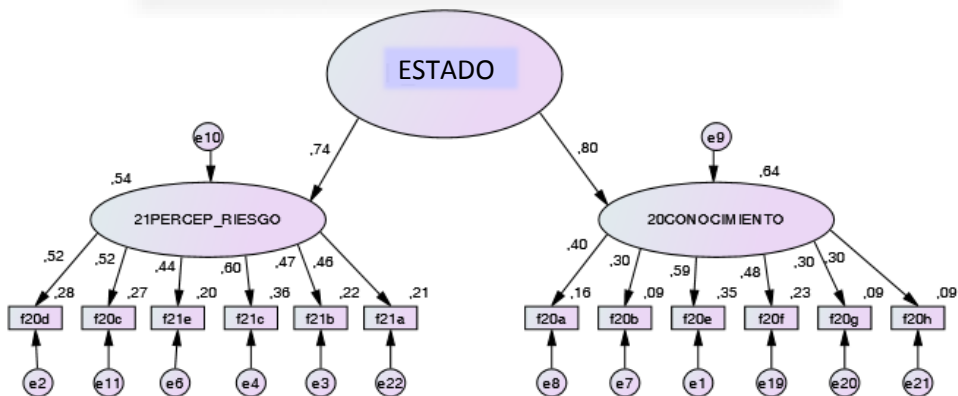
Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 6.6).

Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.3.4, mientras que en la Tabla 7.3.7 aparecen los índices de bondad de ajuste.

Modelo	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Modelo Final – Pase Test	88.1	53	0.002	1.66	0.93	0.95	0.03	0.02–0.04
Modelo Final – Pase Retest	100.2	53	0.000	1.89	0.95	0.96	0.03	0.02–0.04

Figura. 7.3.4 Dimensión Individual-Estado



Como se observa, el modelo presenta también un ajuste excelente en el retest.

7.3.1. f Análisis de la validez

En el análisis de la validez de la *Escala Individual-Estado* se compara la puntuación total de la escala y de cada uno de los factores que la forman entre grupos diferenciados por criterios de consumo o relacionados con el mismo. Se espera por lo tanto que los grupos de consumidores, o con alta relación con el consumo, puntúen significativamente más alto en la escala. Para la primera comparación se utiliza el criterio consumo, de forma que se compara el grupo de adolescentes que consumen tabaco, alcohol u otras drogas, para una mejor descripción ver el apartado 7.1.6 (página 251), con otro formado por adolescentes que no han consumido nunca tabaco ni drogas ilegales. Los resultados muestran que el grupo de consumidores obtiene una puntuación media notablemente superior al de no consumidores, tal y como lo refleja el alto tamaño del efecto $\delta = 1.54$, que indica que la puntuación del 93% de los no consumidores es inferior a la media de los consumidores (Tabla 7.3.8).

Tabla 7.3.8. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Individual-Estado* y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
INDIVIDUAL-ESTADO	1.67	0.35	2.01	0.38	-26.49*	1.54 ^A	0.60
Percep_Riesgo	1.58	0.45	1.95	0.47	-24.92*	1.45 ^A	0.59
Conocimiento	1.76	0.44	2.07	0.47	-18.83*	1.10 ^A	0.52

* $P < 0.05$; Magnitud del Efecto Alta > 0.80 (Sombreado)

El siguiente criterio utilizado para formar grupos fue la prevalencia de consumo entre los amigos. Según este criterio se crearon tres grupos que varían en el número de amigos que consumen: ninguna sustancia; algún amigo consume; la mayoría consume tabaco, alcohol y cannabis). Las diferencias de las medias comparadas par a par y analizadas con la t de Student son moderadas, incluso entre los dos grupos más distantes (Tabla 7.3.9).

Tabla 7.3.9 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Estado y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
INDIVIDUAL-ESTADO	1.69	0.38	1.81	0.37	-3.26*	0.30	0.07
Percep_Riesgo	1.64	0.54	1.73	0.47	-1.94	0.18	0.04
Conocimiento	1.75	0.42	1.89	0.44	-3.35*	0.31	0.07
	Grupo 2		Grupo 3				
INDIVIDUAL-ESTADO	1.81	0.37	2.05	0.35	-9.1*	0.65 ^M	0.19
Percep_Riesgo	1.73	0.47	2.02	0.45	-8.53*	0.61 ^M	0.18
Conocimiento	1.89	0.44	2.08	0.44	-6.11*	0.44	0.13
	Grupo 1		Grupo 3				
INDIVIDUAL-ESTADO	1.69	0.38	2.05	0.35	-6.83*	0.77 ^M	0.35
Percep_Riesgo	1.64	0.54	2.02	0.45	-6.82*	0.77 ^M	0.35
Conocimiento	1.75	0.42	2.08	0.44	-6.75*	0.76 ^M	0.34

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres. * P<0.05; Magnitud del efecto: M= Medio

Seguidamente, se comprobó la capacidad de la Escala Individual-Estado y de sus dos factores para diferenciar a sujetos en función de la edad en la que probaron por primera vez alcohol, tabaco o cannabis. La aplicación de dicho criterio formó 6 grupos, véase página 251. Se espera que quienes inician el consumo a edades más tempranas tengan una mayor probabilidad de desarrollar un consumo más grave. En la Tabla 7.3.10 se observa como las mayores diferencias se hallaron al comparar los grupos 1 y 3 y 1 y 6.

Tabla 7.3.10. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Estado y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 - 2								Grupos 2-3							
INDIVIDUAL-ESTADO	1.66	0.35	1.83	0.37	-8.35	0.48	0.21		1.84	0.37	2.04	0.34	-3.97	0.53 ^M	0.12
Percep_Riesgo	1.56	0.46	1.76	0.47	-7.48	0.43	0.19		1.76	0.47	1.94	0.41	-2.88	0.38	0.09
Conocimiento	1.76	0.45	1.91	0.45	-5.74	0.33	0.15		1.92	0.45	2.13	0.40	-3.54	0.47	0.11
Grupos 1 - 3								Grupos 2-4							
INDIVIDUAL-ESTADO	1.66	0.35	2.04	0.34	-7.73	1.06 ^A	0.33		1.84	0.37	1.94	0.38	-2.97	0.27	0.09
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.94	0.41	-6.04	0.83 ^A	0.26		1.76	0.47	1.87	0.50	-2.48	0.22	0.07
Conocimiento	1.77	0.46	2.13	0.40	-5.83	0.80 ^A	0.25		1.92	0.45	2.01	0.42	-2.31	0.21	0.07
Grupos 1 - 4								Grupos 2-5							
INDIVIDUAL-ESTADO	1.66	0.35	1.94	0.38	-7.94	0.77 ^M	0.31		1.84	0.37	1.83	0.27	0.08	0.02	0.00
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.87	0.50	-6.68	0.65 ^M	0.27		1.76	0.47	1.76	0.39	0.05	0.01	0.00
Conocimiento	1.77	0.46	2.01	0.42	-5.59	0.54 ^M	0.23		1.92	0.45	1.91	0.38	0.08	0.02	0.00
Grupos 1 - 5								Grupos 2-6							
INDIVIDUAL-ESTADO	1.66	0.35	1.83	0.27	-2.32	0.49	0.11		1.84	0.37	2.00	0.45	-4.04	0.42	0.12
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.76	0.39	-2.03	0.43	0.09		1.76	0.47	1.99	0.53	-4.67	0.48	0.14
Conocimiento	1.77	0.46	1.91	0.38	-1.49	0.31	0.07		1.92	0.45	2.00	0.54	-1.83	0.19	0.05
Grupos 1 - 6								Grupos 4-5							
INDIVIDUAL-ESTADO	1.66	0.35	2.00	0.45	-8.21	0.90 ^A	0.33		1.94	0.38	1.83	0.27	1.31	0.29	0.10
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.99	0.53	-8.25	0.91 ^A	0.34		1.87	0.50	1.76	0.39	1.02	0.23	0.08
Conocimiento	1.77	0.46	2.00	0.54	-4.55	0.50 ^M	0.19		2.01	0.42	1.91	0.38	1.09	0.24	0.08
Grupos 3 - 4								Grupos 4-6							
INDIVIDUAL-ESTADO	2.04	0.34	1.94	0.38	1.71	0.26	0.12		1.94	0.38	2.00	0.45	-1.14	0.15	0.07
Percep_Riesgo	1.94	0.41	1.87	0.50	1.01	0.16	0.07		1.87	0.50	1.99	0.53	-1.89	0.25	0.12
Conocimiento	2.13	0.40	2.01	0.42	1.86	0.29	0.13		2.01	0.42	2.00	0.54	0.09	0.01	0.01
Grupos 3 - 5								Grupos 5-6							
INDIVIDUAL-ESTADO	2.04	0.34	1.83	0.27	2.62	0.63 ^M	0.28		1.83	0.27	2.00	0.45	-1.74	0.39	0.15
Percep_Riesgo	1.94	0.41	1.76	0.39	1.89	0.46	0.20		1.76	0.39	1.99	0.53	-2.07	0.47	0.18
Conocimiento	2.13	0.40	1.91	0.38	2.31	0.56 ^M	0.25		1.91	0.38	2.00	0.54	-0.82	0.19	0.07
Grupos 3 - 6															
INDIVIDUAL-ESTADO	2.04	0.34	2.00	0.45	0.55	0.09	0.04								
Percep_Riesgo	1.94	0.41	1.99	0.53	-0.65	0.11	0.05								
Conocimiento	2.13	0.40	2.00	0.54	1.56	0.25	0.12								

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

El cuarto criterio empleado para analizar la validez fue la edad de inicio del consumo habitual. Los resultados indican que la escala goza de una buena capacidad para discriminar entre los jóvenes que no consumen (Grupo 1) y los que lo hacen habitualmente (Grupos 3, 4 y 5) y con mayor potencia cuando el consumo habitual se inicia con precocidad (Grupos 4 y 5). El tamaño del efecto de la diferencia entre los grupos 1 y 5 es $\delta = 1.23$, lo que indica que la puntuación en la escala del 88% de los no consumidores es inferior a la media obtenida por los que comenzaron a consumir habitualmente tabaco y alcohol antes de los 13 y cannabis a los 14 o antes (Grupo 5). En cuanto a los factores que componen la escala, la *Percepción del riesgo* es más eficaz que el *Conocimiento* sobre los efectos de las drogas a la hora de clasificar a un sujeto en un grupo según su nivel de riesgo.

Tabla 7.3.11 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Estado y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitual

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 – 2								Grupos 2-4							
INDIVIDUAL-EST.	1.66	0.35	1.89	0.38	-6.92*	0.64 ^M	0.27		1.89	0.38	2.06	0.37	-3.4*	0.44	0.21
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.85	0.50	-6.71*	0.62 ^M	0.27		1.85	0.50	2.04	0.46	-2.96*	0.38	0.18
Conocimiento	1.77	0.46	1.93	0.45	-3.91*	0.36	0.16		1.93	0.45	2.07	0.44	-2.53*	0.32	0.16
Grupos 1 – 3								Grupos 2-5							
INDIVIDUAL-EST.	1.66	0.35	1.97	0.37	-13.68*	0.84 ^A	0.38		1.89	0.38	2.09	0.21	-1.65	0.54 ^M	0.13
Percep_Riesgo	1.56	0.47	1.90	0.47	-11.89*	0.73 ^M	0.34		1.85	0.50	2.07	0.22	-1.34	0.44	0.10
Conocimiento	1.77	0.46	2.04	0.46	-9.6*	0.59 ^M	0.28		1.93	0.45	2.12	0.38	-1.3	0.42	0.10
Grupos 1 – 4								Grupos 3-4							
INDIVIDUAL-EST.	1.66	0.35	2.06	0.37	-9.92*	1.11 ^A	0.40		1.97	0.37	2.06	0.37	-2.14*	0.23	0.08
Percep_Riesgo	1.56	0.47	2.04	0.46	-9.18*	1.03 ^A	0.37		1.90	0.47	2.04	0.46	-2.65*	0.29	0.10
Conocimiento	1.77	0.46	2.07	0.44	-6.08*	0.68 ^M	0.26		2.04	0.46	2.07	0.44	-0.76	0.08	0.03
Grupos 1 – 5								Grupos 3-5							
INDIVIDUAL-EST.	1.66	0.35	2.09	0.21	-3.85*	1.23 ^A	0.18		1.97	0.37	2.09	0.21	-1.04	0.33	0.04
Percep_Riesgo	1.56	0.47	2.07	0.22	-3.43*	1.10 ^A	0.16		1.90	0.47	2.07	0.22	-1.1	0.35	0.04
Conocimiento	1.77	0.46	2.12	0.38	-2.42*	0.77 ^M	0.11		2.04	0.46	2.12	0.38	-0.56	0.18	0.02
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
INDIVIDUAL-EST.	1.89	0.38	1.97	0.37	-2.38*	0.21	0.08		2.06	0.37	2.09	0.21	-0.3	0.10	0.03
Percep_Riesgo	1.85	0.50	1.90	0.47	-1.18*	0.10	0.04		2.04	0.46	2.07	0.22	-0.19	0.06	0.02
Conocimiento	1.93	0.45	2.04	0.46	-2.66*	0.23	0.09		2.07	0.44	2.12	0.38	-0.3	0.10	0.03

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

7.3.1.g Conclusión de la dimensión Individual Estado

La dimensión *Individual-Estado* ha quedado formada por 12 ítems distribuidos en dos factores: *Percepción de riesgo* y *Conocimiento* (Tabla 7.3.12). El factor que más aporta a la escala es la *Percepción del Riesgo*. Si bien el factor conocimiento de las consecuencias del uso de drogas incrementa la potencia de la dimensión Individual-Estado haciendo que la puntuación de la escala total aumente.

Considerando las características psicométricas de la dimensión *Individual-Estado* y sus dos factores, se puede concluir que la estructura interna de la escala *Individual-Estado* presenta un buen ajuste y discrimina bien en función de las variables utilizadas para determinar la validez. El valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada uno de los cuatro criterios empleados es $\delta = 1.11$ para la puntuación general de la dimensión *Individual-Estado*, lo que significa que el 86% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo.

Tabla 7.3.12 Escala Individual-Estado	
FACTOR	ÍTEM
Percepción del Riesgo	20c El consumo de hachís reduce la capacidad de concentración. (Inverso)
	20d El consumo moderado de tabaco perjudica la salud. (Inverso)
	21c Dos o tres cubatas afectan a la conducción
	21b El consumo de alcohol es uno de los grandes problemas de la juventud. (Inverso)
	21e Fumar marihuana perjudica los resultados académicos. (Inverso)
	21a Consumir drogas aumenta el riesgo de que ocurran cosas peligrosas. (Inverso)
Conocimiento	20e Aún está por demostrar que el tabaco cause cáncer.
	20b El alcohol no se considera droga. (Inverso)
	20a Fumar tabaco tiene efectos relajantes. (Inverso)
	20g La cocaína no causa dependencia.
	20f El consumo de anfetaminas aumenta la capacidad intelectual.
	20h El alcohol es un estimulante.

7.3.2 Escala INDIVIDUAL-RASGO

Contenidos

7.3.2.a Estadísticos descriptivos de los ítems.

7.3.2.b Análisis de la estructura interna.

7.3.2.c Análisis de los ítems.

Análisis de discriminación.

Análisis de homogeneidad.

7.3.2.d Análisis de fiabilidad.

7.3.2.e Estabilidad de la estructura factorial.

7.3.2.f Análisis de la validez.

7.3.2.g Conclusiones.

7.3.2.a Estadísticos descriptivos de los ítems

Al igual que en las escalas anteriores, los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2.5, su varianza máxima 2.25⁶ y, por tanto, su desviación típica máxima es 1.5.

Los datos de la Tabla muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que ningún ítem tiene una media extrema, salvo el ítem 17c (*“Esnifaría cocaína para saber qué se siente”*) y el ítem 17e (*“Hay que probar de todo para experimentar nuevas sensaciones”*), en los que el promedio es cercano a 1, indicando un nivel de riesgo muy bajo. Con respecto a la desviación típica, todas son medio-bajas.

La prueba *t* de Student, presentada en la Tabla 7.3.13, muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

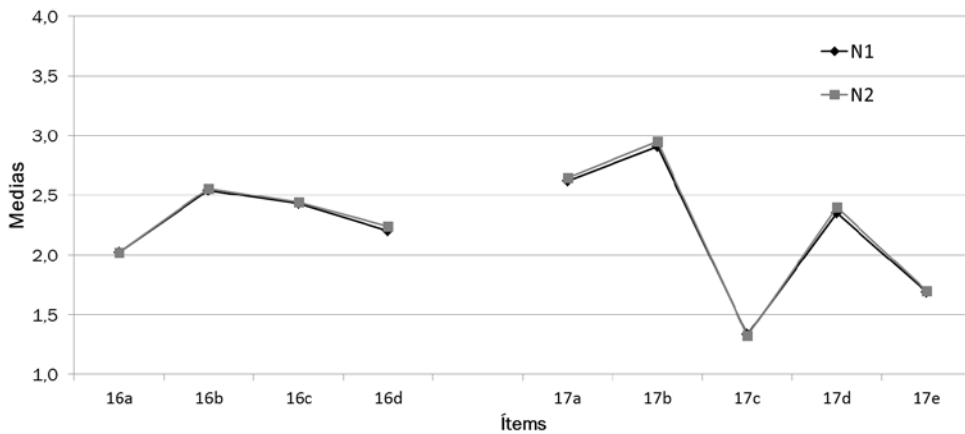
Tabla 7.3.13. Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la dimensión Individual Rasgo

Ítem	N ₁		N ₂		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
16a	2.02	0.722	2.02	0.722	0.17	0.868
16b	2.54	0.837	2.56	0.816	-0.60	0.552
16c	2.43	0.805	2.44	0.781	-0.48	0.632
16d	2.20	0.761	2.24	0.768	-1.02	0.310
17a	2.62	1.011	2.65	1.021	-0.55	0.584
17b	2.91	0.915	2.95	0.903	-1.04	0.301
17c	1.33	0.639	1.32	0.625	0.52	0.602
17d	2.35	0.813	2.40	0.805	-1.34	0.180
17e	1.69	0.769	1.70	0.771	-0.35	0.724

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.3.14, así como su representación en la Figura 7.3.5, podemos concluir que dicho fenómeno no se ha producido.

$${}^6 S_{\max}^2 = \frac{\text{categoría}_{\text{inferior}}^2 + \text{categoría}_{\text{superior}}^2}{2} - \text{punto medio}^2$$

Figura 7.3.5 Media aritmética de los ítems de la dimensión Individual-Rasgo



7.3.2.b Análisis de la estructura interna

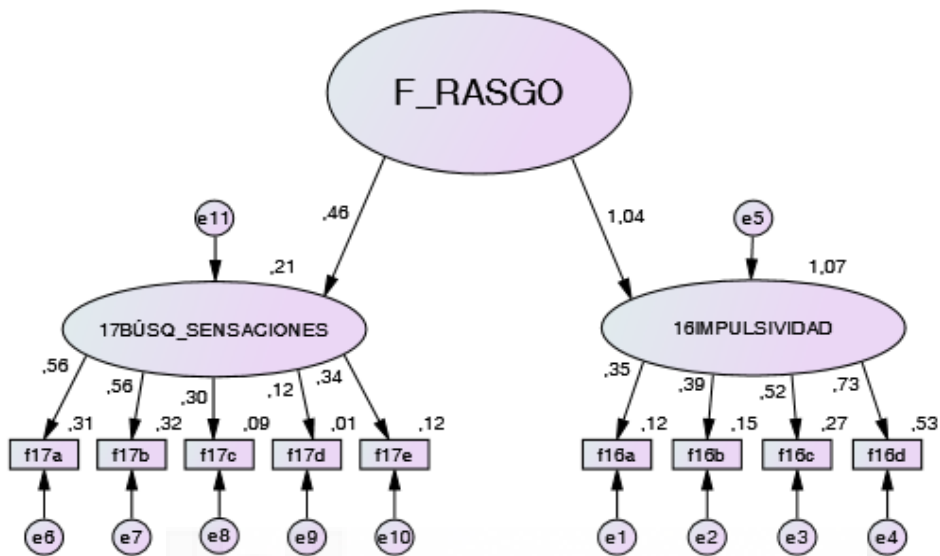
Al igual que en los casos anteriores, para determinar la estructura interna de la dimensión *Individual Rasgo* se recurrió al análisis factorial confirmatorio a través de modelos de ecuaciones estructurales.

La estimación de los parámetros de los modelos se realizó con el método de Máxima Verosimilitud (ML, Maximum Likelihood), ya que se asumió normalidad multivariada al obtener un coeficiente de Mardia de 17.7.

El modelo inicial de la dimensión *Individual Rasgo* aparece representado en la Figura 7.3.6, junto con las estimaciones sus parámetros y los índices de ajuste en la Tabla. Estas estimaciones se muestran estandarizadas para que la interpretación del modelo sea más sencilla.

Como se observa, el ajuste del modelo es inapropiado y es inestable entre muestras. Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso de depuración iterativo, así como una reestructuración de los ítems en los factores. Inicialmente se eliminó el ítem 17b por presentar una comunalidad nula. El modelo resultante se reestructuró, dividiendo el factor *Búsqueda de sensaciones* en dos factores, ya que esto mejoraba considerablemente su ajuste. Los factores resultantes son *Búsqueda de Sensaciones 1* (formado por los ítems de búsqueda de sensaciones referidos a aspectos no referidos al consumo de drogas) y *Búsqueda de sensaciones 2* (formado por los ítems de búsqueda de sensaciones referidos a aspectos referidos al consumo de drogas).

Figura 7.3.6 Dimensión Individual Rasgo: Modelo Inicial



El modelo final aparece representado en la Figura 7.3.7 y sus índices de bondad de ajuste en la Tabla 7.3.14. Se observa que presenta un ajuste excelente, resultando ser no significativo, y que el funcionamiento de los ítems es adecuado.

Figura 7.3.7 Dimensión Individual Rasgo: Modelo Final

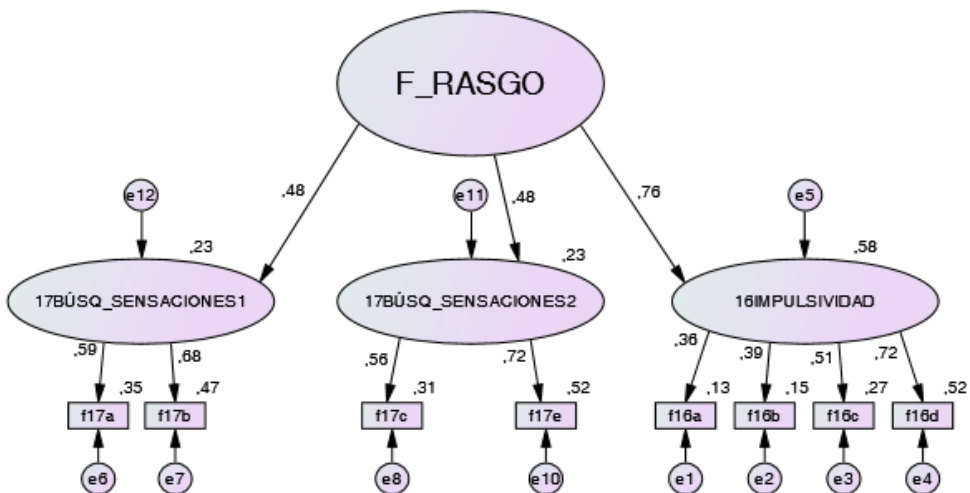


Tabla 7.3.14. Índices de bondad de ajuste de la dimensión Individual-Rasgo

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Inicial	N ₁	233.7	26	0.000	8.98	0.65	0.75	0.09	0.08–0.10
	N ₂	146.3	26	0.000	5.63	0.75	0.82	0.07	0.06–0.08
Final	N ₁	23.2	17	0.143	1.36	0.99	0.99	0.02	0.00–0.04
	N ₂	22.9	17	0.151	1.35	0.99	0.99	0.02	0.00–0.04

7.3.2.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0.25–0.30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.3.15. Todos los ítems presentan buenos índices.

Tabla 7.3.15 Índices de discriminación de los ítems de la escala Individual- Rasgo

Factor	Ítem	N ₁	N ₂
Impulsividad	16a	0.259	0.296
	16b	0.297	0.247
	16c	0.352	0.322
	16d	0.461	0.430
Búsqueda de Sensaciones 1	17a	0.404	0.401
	17b	0.404	0.401
Búsqueda de Sensaciones 2	17c	0.403	0.354
	17e	0.403	0.354

Análisis de homogeneidad

En la Tabla 7.3.16 se observa que todos los ítems de la dimensión *Individual Rasgo* se comportan según lo esperado, es decir, muestran una correlación mayor con su factor que con el resto de factores de la escala, y siempre encontramos la diferencia superior a 0.20 recomendada por Jackson (1970).

Tabla 7.3.16 Correlaciones de los ítems con los factores de la dimensión Individual Rasgo

Ítem	N ₁			N ₂		
	Impulsividad	Búsqueda Sens. 1	Búsqueda Sens. 2	Impulsividad	Búsqueda Sens. 1	Búsqueda Sens. 2
16a	0.57	0.05	0.15	0.61	0.08	0.09
16b	0.65	0.10	0.12	0.61	0.07	0.10
16c	0.67	0.17	0.14	0.65	0.17	0.11
16d	0.73	0.20	0.19	0.72	0.12	0.13
17a	0.15	0.86	0.13	0.11	0.86	0.14
17b	0.19	0.82	0.11	0.18	0.81	0.18
17c	0.18	0.10	0.80	0.10	0.12	0.78
17e	0.21	0.13	0.87	0.16	0.19	0.86

7.3.2.d Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alfa (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.3.17. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995), y, además, que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, podemos decir que los índices encontrados resultarían mejorables en los tres factores.

Tabla 7.3.17. Consistencia interna de los factores de la dimensión Individual Rasgo

Factor	α		ω	
	N ₁	N ₂	N ₁	N ₂
Impulsividad	0.56	0.53	0.69	0.67
Búsqueda de Sensaciones 1	0.57	0.57	0.59	0.60
Búsqueda de Sensaciones 2	0.57	0.51	0.75	0.75

Para la evaluación de la fiabilidad test–retest se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N₁=658; N₂=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.3.18 e indican una estabilidad temporal moderada para los factores *Impulsividad* y *Búsqueda de Sensaciones 2*, y una buena estabilidad para *Búsqueda de Sensaciones 1*.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que, aunque la diferencia de medias para el factor *Búsqueda de Sensaciones 2* en los momentos test y retest es estadísticamente significativa, los tamaños del efecto son pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.3.18).

Tabla 7.3.18. Estabilidad temporal de los factores de la dimensión Individual Rasgo

Factor	R _{test-retest}		Test		Retest		t	p	δ	r ²
	N ₁	N ₂	Media	D.T.	Media	D.T.				
Impulsividad	0.63	0.63	2.27	0.49	2.29	0.47	-1.60	0.109	0.05	0.00
Búsqueda de Sensaciones 1	0.71	0.76	2.76	0.80	2.76	0.78	0.18	0.855	0.01	0.00
Búsqueda de Sensaciones 2	0.54	0.48	1.47	0.55	1.52	0.55	-3.24	0.001	0.09	0.01

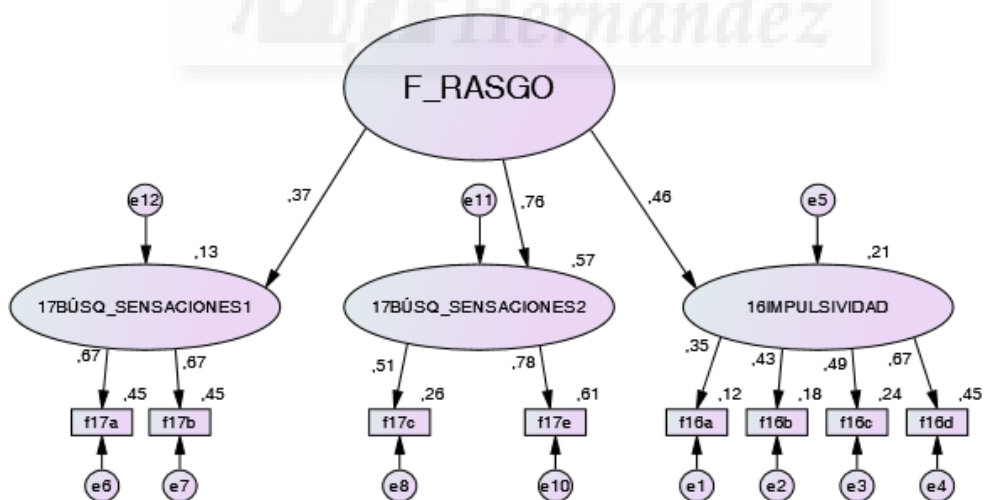
7.3.2.e. Estabilidad de la estructura factorial

Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final. En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplían con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 6.6).

Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Figura 7.3.8, mientras que en la Tabla 7.3.19, aparecen los índices de bondad de ajuste. Como se observa, el modelo presenta también un ajuste excelente en el retest.

Modelo	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	TLI	CFI	RMSEA	IC _{RMSEA}
Modelo Final – Pase Test	23.2	17	0.143	1.36	0.99	0.99	0.02	0.00–0.04
Modelo Final – Pase Retest	21.9	17	0.186	1.29	0.99	0.99	0.02	0.00–0.04

Figura 7.3.8. Dimensión Individual Rasgo



7.3.2. f Análisis de la validez

Para determinar la validez predictiva de *la escala Individual-Rasgo* se analizó su capacidad para discriminar a individuos según su consumo de tabaco, alcohol y cannabis. En este sentido, se espera que las puntuaciones altas en la escala estén asociadas con un mayor consumo. En la Tabla 7.3.20 se observa que las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por un grupo de consumidores habituales y otro de no consumidores son significativas con una magnitud del efecto elevada $\delta = 1.02$.

Tabla 7.3.20. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Rasgo y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
INDIVIDUAL-RASGO	2.04	0.40	2.46	0.42	-17.44**	1.02 ^A	0.45
Impulsividad	2.15	0.50	2.55	0.51	-13.62**	0.79 ^M	0.36
Busq-Sensa_1	2.64	0.81	3.02	0.73	-8.464**	0.49	0.25
Busq-Sensa_2	1.33	0.46	1.81	0.73	-12.84**	0.75 ^M	0.42

** $p < 0.001$; * $p < 0.005$; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M = Medio > 0.50

Un segundo factor predictor del riesgo de desarrollar una precoz conducta de consumo es la proporción de amigos que fuman tabaco, beben alcohol y / o fuman cannabis. Al comparar las puntuaciones en la *escala Individual-Rasgo* entre los que informan que ninguno de sus amigos consumen nada (Grupo 1) y los que declaran que la mayoría o todos los amigos consumen las tres (Grupo 3) las diferencias entre ambos grupos son relevantes ($\delta = 1.29$). Como también lo son para el factor *Impulsividad* y para el de *Búsqueda de Sensaciones 2*, relacionado con el consumo como vía de experimentación de nuevas experiencias.

Tabla 7.3.21. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Rasgo y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
INDIVIDUAL-RASGO	1.95	0.42	2.23	0.42	-7.08**	0.66 ^M	0.15
Impulsividad	2.08	0.51	2.32	0.49	-5.27**	0.49	0.11
Busq-Sensa_1	2.43	0.84	2.83	0.79	-5.36**	0.50 ^M	0.12
Busq-Sensa_2	1.33	0.47	1.54	0.6	-4.51**	0.42	0.35
	Grupo 2		Grupo 3				
INDIVIDUAL-RASGO	2.23	0.42	2.51	0.44	-9.17**	0.66 ^M	0.19
Impulsividad	2.32	0.49	2.51	0.44	-8.45**	0.60 ^M	0.18
Busq-Sensa_1	2.83	0.79	2.99	0.75	-2.8*	0.20	0.06
Busq-Sensa_2	1.54	0.6	1.92	0.78	-7.01**	0.50 ^M	0.41
	Grupo 1		Grupo 3				
INDIVIDUAL-RASGO	1.95	0.42	2.51	0.44	-11.43**	1.29 ^A	0.53
Impulsividad	2.08	0.51	2.51	0.44	-9**	1.01 ^A	0.44
Busq-Sensa_1	2.43	0.84	2.99	0.75	-6.26**	0.70 ^M	0.32
Busq-Sensa_2	1.33	0.47	1.92	0.78	-8.6**	0.97 ^A	0.42

Grupo 1 Ningún amigo consume nada. Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres. ** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

También la escala *Individual-Rasgo* se muestra eficaz a la hora de identificar que jóvenes probaron el alcohol, el tabaco y/o el cannabis más precozmente (Tabla 7.3.21). La edad del primer consumo, tercer criterio utilizado para determinar la validez predictiva de la escala, cuenta con suficiente evidencia que lo asocia a un mayor consumo y abuso de drogas. Los resultados de comparar las puntuaciones medias de la escala de los dos grupos más polarizados: Grupo 1 nunca probaron el alcohol, ni el tabaco ni el cannabis y Grupo 6, comenzaron a consumir tabaco y alcohol antes de los 13 y cannabis antes de los 14, evidencian elevadas diferencias ($\delta = 1.25$).

De los tres factores que forman la escala *Individual-Rasgo*, la *Búsqueda de sensaciones 2* y la *Impulsividad* son los que aportan una mayor potencia discriminante.

Tabla 7.3.22. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual- Rasgo y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 – 2								Grupos 2-3							
INDIVIDUAL-RASGO	1.99	0.4	2.26	0.42	-11.3**	0.64 ^M	0.28		2.26	0.42	2.40	0.43	-2.4	0.32	0.07
Impulsividad	2.09	0.49	2.36	0.49	-9.72**	0.55 ^M	0.24		2.36	0.49	2.51	0.56	-2.23	0.30	0.07
Busq-Sensa_1	2.57	0.82	2.85	0.8	-6.09**	0.35	0.16		2.85	0.8	2.87	0.76	-0.13	0.02	0.00
Busq-Sensa_2	1.31	0.47	1.57	0.6	-8.85**	0.50	0.27		1.57	0.6	1.83	0.78	-2.44	0.32	0.29
Grupos 1 – 3								Grupos 2-4							
INDIVIDUAL-RASGO	1.99	0.40	2.40	0.43	-7.3**	1.01 ^A	0.31		2.26	0.42	2.00	0.40	-3.7**	0.33	0.11
Impulsividad	2.09	0.49	2.51	0.56	-6.05**	0.83 ^M	0.26		2.36	0.49	2.09	0.50	-2.76	0.25	0.08
Busq-Sensa_1	2.57	0.82	2.87	0.76	-2.63**	0.36	0.12		2.85	0.8	2.58	0.82	-1.72	0.15	0.05
Busq-Sensa_2	1.31	0.47	1.83	0.78	-4.93**	0.68 ^M	0.52		1.57	0.6	1.32	0.47	-2.96*	0.26	0.22
Grupos 1 – 4								Grupos 2-5							
INDIVIDUAL-RASGO	1.99	0.4	2.00	0.40	-10.53**	1.02 ^A	0.40		2.26	0.42	2.43	0.37	-1.89	0.39	0.06
Impulsividad	2.09	0.49	2.09	0.50	-8.22**	0.79 ^M	0.32		2.36	0.49	2.66	0.43	-2.9*	0.60 ^M	0.09
Busq-Sensa_1	2.57	0.82	2.58	0.82	-5.2**	0.50	0.21		2.85	0.8	2.95	0.81	-0.56	0.12	0.02
Busq-Sensa_2	1.31	0.47	1.32	0.47	-7.03**	0.68 ^M	0.46		1.57	0.6	1.69	0.70	-0.9	0.19	0.03
Grupos 1 – 5								Grupos 2-6							
INDIVIDUAL-RASGO	1.99	0.4	2.43	0.37	-5.22**	1.09 ^A	0.24		2.26	0.42	2.51	0.42	-5.36**	0.56 ^M	0.16
Impulsividad	2.09	0.49	2.66	0.43	-5.48**	1.15 ^A	0.25		2.36	0.49	2.49	0.62	-2.39	0.25	0.07
Busq-Sensa_1	2.57	0.82	2.95	0.81	-2.17*	0.46	0.10		2.85	0.8	3.14	0.67	-3.38*	0.35	0.10
Busq-Sensa_2	1.31	0.47	1.69	0.70	-2.55*	0.53 ^M	0.46		1.57	0.6	1.89	0.74	-4.12**	0.43	0.36
Grupos 1 – 6															
INDIVIDUAL-RASGO	1.99	0.4	2.51	0.42	-11.4**	1.25 ^A	0.44								
Impulsividad	2.09	0.49	2.49	0.62	-6.93**	0.76 ^M	0.29								
Busq-Sensa_1	2.57	0.82	3.14	0.67	-6.4**	0.70 ^M	0.27								
Busq-Sensa_2	1.31	0.47	1.89	0.74	-7.43**	0.82 ^A	0.56								

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

Continúa

Tabla 7.2.23. Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la dimensión Individual-Rasgo y de sus factores por grupos de edad de primer consumo (continuación)

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 3 - 4								Grupos 4-5							
INDIVIDUAL-RASGO	2.40	0.43	2.00	0.40	-0.07	0.01	0.00		2.00	0.40	2.43	0.37	-0.28	0.06	0.02
Impulsividad	2.51	0.56	2.09	0.50	0.33	0.05	0.02		2.09	0.50	2.66	0.43	-1.61	0.36	0.12
Busq-Sensa_1	2.87	0.76	2.58	0.82	-0.94	0.14	0.07		2.58	0.82	2.95	0.81	0.18	0.04	0.01
Busq-Sensa_2	1.83	0.78	1.32	0.47	0.62	0.10	0.04		1.32	0.47	1.69	0.70	0.45	0.10	0.04
Grupos 3 - 5								Grupos 4-6							
INDIVIDUAL-RASGO	2.40	0.43	2.43	0.37	-0.30	0.07	0.03		2.00	0.40	2.51	0.42	-1.77	0.23	0.11
Impulsividad	2.51	0.56	2.66	0.43	-1.16	0.28	0.13		2.09	0.50	2.49	0.62	-0.05	0.01	0.00
Busq-Sensa_1	2.87	0.76	2.95	0.81	-0.42	0.10	0.05		2.58	0.82	3.14	0.67	-1.67	0.22	0.11
Busq-Sensa_2	1.83	0.78	1.69	0.70	0.75	0.18	0.08		1.32	0.47	1.89	0.74	-1.41	0.18	0.09
Grupos 3 - 6								Grupos 5-6							
INDIVIDUAL-RASGO	2.40	0.43	2.51	0.42	-1.46	0.24	0.11		2.43	0.37	2.51	0.42	-0.76	0.17	0.07
Impulsividad	2.51	0.56	2.49	0.62	0.23	0.04	0.02		2.66	0.43	2.49	0.62	1.27	0.29	0.11
Busq-Sensa_1	2.87	0.76	3.14	0.67	-2.3	0.37	0.18		2.95	0.81	3.14	0.67	-1.17	0.27	0.10
Busq-Sensa_2	1.83	0.78	1.89	0.74	-0.5	0.08	0.04		1.69	0.70	1.89	0.74	-1.19	0.27	0.11

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

Para el último análisis de validez predictiva se empleó el criterio “edad de inicio del consumo habitual”. Este criterio supone un mayor riesgo que el anterior criterio “edad de primer consumo” y en coherencia la escala *Individual-Rasgo* detecta mejor las diferencias entre aquellos individuos que no iniciaron un consumo habitual y quienes lo hicieron precozmente. El tamaño del efecto de las diferencias es elevado cuando se compara el grupo de no consumidores (Grupo 1) con cualquiera de los 4 grupos compuestos por consumidores habituales de tabaco, alcohol o cannabis. Como era de esperar, las diferencias crecen a medida que el grupo de consumidores inicia su consumo más precozmente, alcanzando alfa un valor de 1,36 al comparar los grupos extremos (1 y 5). También en este criterio los factores *Búsqueda de sensaciones 2* e *Impulsividad* son los que mejor explican las diferencias (Tabla 7.2.23).

Tabla 7.3.24. Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión Individual-Rasgo y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitual

	\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r		\tilde{x}	DT	\tilde{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 - 2								Grupos 2-4							
INDIVIDUAL-RASGO	2.00	0.40	2.41	0.41	-11.01**	1.02 ^A	0.41		2.41	0.41	2.51	0.42	-2.00	0,26	0,12
Impulsividad	2.09	0.50	2.43	0.53	-7.13**	0.66 ^M	0.28		2.43	0.53	2.66	0.55	-3.45**	0,44	0,21
Busq-Sensa_1	2.58	0.82	3.04	0.72	-6.33**	0.58 ^M	0.25		3.04	0.72	2.99	0.73	0.53	0,07	0,03
Busq-Sensa_2	1.32	0.47	1.75	0.70	-7.29**	0.67 ^M	0.44		1.75	0.70	1.89	0.80	-1.41	0,18	0,09
Grupos 1 - 3								Grupos 2-5							
INDIVIDUAL-RASGO	2.00	0.40	2.41	0.44	-15.95**	0.98 ^A	0.43		2.41	0.41	2.54	0.29	-0.98	0,32	0,08
Impulsividad	2.09	0.50	2.49	0.53	-12.36**	0.76 ^M	0.35		2.43	0.53	2.43	0.37	0.01	0,00	0,00
Busq-Sensa_1	2.58	0.82	2.98	0.79	-8.13**	0.50 ^M	0.24		3.04	0.72	3.20	0.48	-0.68	0,22	0,05
Busq-Sensa_2	1.32	0.47	1.77	0.70	-12.88**	0.79 ^M	0.36		1.75	0.70	1.99	0.70	-1.03	0,34	0,08
Grupos 1 - 4								Grupos 3-4							
INDIVIDUAL-RASGO	2.00	0.40	2.51	0.42	-11.41**	1.28 ^A	0.44		2.41	0.44	2.51	0.42	-2.18	0,24	0,08
Impulsividad	2.09	0.50	2.66	0.55	-10.07**	1.13 ^A	0.40		2.49	0.53	2.66	0.55	-3.12*	0,34	0,11
Busq-Sensa_1	2.58	0.82	2.99	0.73	-4.61**	0.52 ^M	0.20		2.98	0.79	2.99	0.73	-0.17	0,02	0,01
Busq-Sensa_2	1.32	0.47	1.89	0.80	-6.82**	0.76 ^M	0.54		1.77	0.70	1.89	0.80	-1.5	0,16	0,05
Grupos 1 - 5								Grupos 3-5							
INDIVIDUAL-RASGO	2.00	0.40	2.54	0.29	-4.24**	1.36 ^A	0.20		2.41	0.44	2.54	0.29	-0.91	0,29	0,04
Impulsividad	2.09	0.50	2.43	0.37	-2.09	0.67 ^M	0.10		2.49	0.53	2.43	0.37	0.37	0,12	0,01
Busq-Sensa_1	2.58	0.82	3.20	0.48	-2.38	0.76 ^M	0.11		2.98	0.79	3.20	0.48	-0.89	0,28	0,03
Busq-Sensa_2	1.32	0.47	1.99	0.70	-4.41**	1.41 ^A	0.21		1.77	0.70	1.99	0.70	-0.98	0,31	0,04
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
INDIVIDUAL-RASGO	2.41	0.41	2.41	0.44	-0.12	0,01	0,00		2.51	0.42	2.54	0.29	-0.17	0,06	0,02
Impulsividad	2.43	0.53	2.49	0.53	-1.28	0,11	0,04		2.66	0.55	2.43	0.37	1.35	0,45	0,13
Busq-Sensa_1	3.04	0.72	2.98	0.79	0.93	0,08	0,03		2.99	0.73	3.20	0.48	-0.87	0,29	0,08
Busq-Sensa_2	1.75	0.70	1.77	0.70	-0.3	0,03	0,01		1.89	0.80	1.99	0.70	-0.39	0,13	0,04

** p<0.001; * p<0.005; Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); M= Medio > 0.50

7.3.2.g Conclusión de la dimensión Individual Rasgo

Tras la depuración de ítems en virtud de los resultados de los análisis psicométricos la escala *Individual-Rasgo* queda formada por tres factores: *Impulsividad* (4 ítems), *Búsqueda de sensaciones_1* (2 ítems) que evalúa el interés por actividades de riesgo no relacionadas con el consumo de drogas y *Búsqueda de sensaciones_2* (2 ítems) que miden el uso de drogas como medio para vivir experiencias novedosas (Tabla 7.3.25).

El ajuste del modelo de ecuaciones estructurales de la escala *Individual-Rasgo* es satisfactorio y los análisis de la validez en función de las variables utilizadas para la validez de criterio muestran una alta discriminación. En este sentido, cabe destacar que el el valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones, es de $\delta = 1.23$, lo que se interpreta que el 88% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo. Las puntuaciones media de cada uno de los tres factores que la componen son: $\delta = 0.80$, en *Impulsividad*, $\delta = 0.66$ *Búsqueda de sensaciones_1* , y $\delta = 0.98$ en *Búsqueda de sensaciones_2*.

En conclusión, la escala *Individual-Rasgo* es un instrumento fiable y válido para detectar la presencia de rasgos de personalidad asociados a un mayor consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes.

Tabla 7.3.25 Escala Individual-Rasgo

FACTOR	ÍTEM
--------	------

Impulsividad

- 16a Antes de hacer algo, pienso en las consecuencias. (Inverso)
- 16b Digo las cosas sin pensar
- 16c Hago cosas de las que luego me arrepiento.
- 16d Soy demasiado impulsivo/a a la hora de tomar decisiones.

Búsqueda de Sensaciones 1

- 17a Me gusta la velocidad.
- 17b Me gustaría practicar deportes de riesgo.

Búsqueda de Sensaciones 2

- 17e Hay que probar de todo para experimentar nuevas sensaciones.
- 17c Esnificaría cocaína para saber que se siente.

7.3.3 Escala de Habilidades Sociales

Contenidos

7.3.3.a Estadísticos descriptivos de los ítems

7.3.3.b Análisis de la estructura interna

7.3.3.c Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Análisis de homogeneidad

7.3.3.d Análisis de fiabilidad

7.3.3.e Estabilidad de la estructura factorial

7.3.3.f Análisis de la validez

7.3.3.g Conclusiones

7.3.3.a Estadísticos descriptivos de los ítems

Al igual que en las escalas anteriores, los ítems tienen un rango de respuesta de 1 a 4, el punto medio de la escala es 2.5, su varianza máxima 2.25 y, por tanto, su desviación típica máxima es 1.5.

Los datos de la Tabla 7.3.26 muestran los estadísticos descriptivos para ambas submuestras. Se observa que ningún ítem tiene una media extrema. En general, los ítems del factor Asertividad presentan puntuaciones medias por debajo del punto central de la escala, indicando un nivel medio de riesgo menor, mientras que en el factor Habilidades Sociales muestran puntuaciones por encima. Destacan los ítems 18e, 18g y 18j por su elevada media. Esto se puede explicar ya que los tres se refieren a la relación con los amigos. Con respecto a la desviación típica, todas son medio-bajas, y ninguna supera el valor 1.

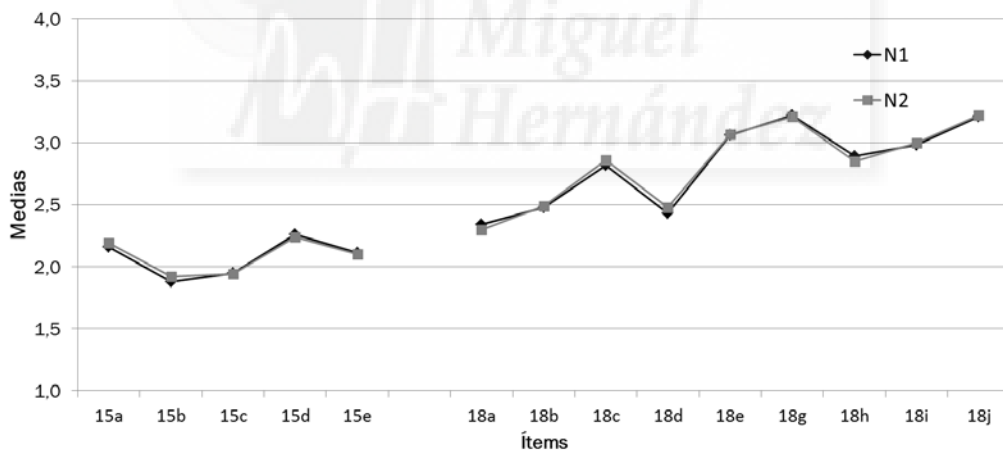
La prueba t de Student presentada en la Tabla 7.3.26 se muestra que no existen diferencias en las puntuaciones medias de los ítems entre ambas submuestras.

Por otro lado, ya que la escala de respuesta es actitudinal, podríamos sospechar la aparición del fenómeno de la aquiescencia. Observando la evolución de la media de los ítems en la Tabla 7.3.26 así como su representación en la Figura 7.3.9, podemos concluir que no se ha producido dicho fenómeno.

Tabla 7.3.26 Estadísticos descriptivos de los ítems y diferencia de medias de la escala de factores microsociales

Ítem	N1		N2		t	P
	Media	D.T.	Media	D.T.		
15a	2.16	0.76	2.19	0.73	-0.71	0.476
15b	1.88	0.83	1.92	0.84	-1.00	0.316
15c	1.95	0.71	1.94	0.70	0.36	0.722
15d	2.26	0.82	2.24	0.79	0.52	0.604
15e	2.11	0.72	2.10	0.68	0.40	0.691
18a	2.34	0.88	2.30	0.88	0.80	0.422
18b	2.48	0.84	2.49	0.80	-0.35	0.725
18c	2.82	0.80	2.86	0.78	-1.12	0.262
18d	2.43	0.95	2.48	0.95	-1.12	0.265
18e	3.06	0.74	3.07	0.69	-0.23	0.818
18g	3.22	0.71	3.21	0.69	0.28	0.778
18h	2.89	0.89	2.85	0.90	0.85	0.397
18i	2.98	0.80	3.00	0.80	-0.36	0.721
18j	3.21	0.66	3.22	0.68	-0.37	0.714

Figura 7.3.9 Media aritmética de los ítems de la escala de factores individuales Habilidades de Comunicación



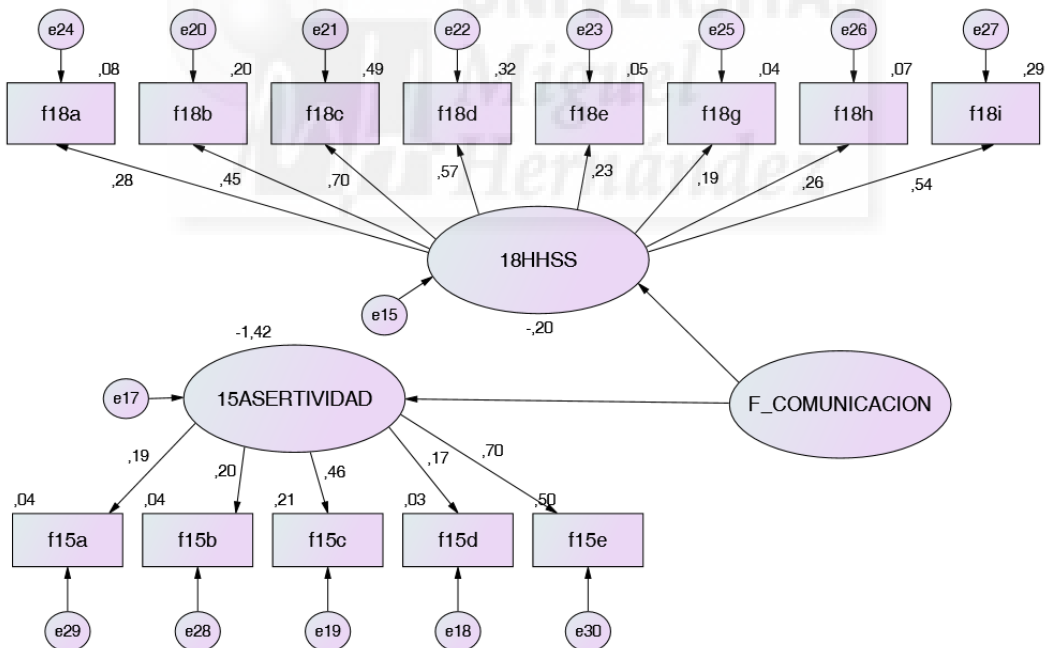
7.3.3.b Análisis de la estructura interna

Al igual que en el caso de la dimensión de factores microsociales, para determinar la estructura interna de la dimensión Habilidades de Comunicación se recurrió al análisis factorial confirmatorio a través de modelos de ecuaciones estructurales.

La estimación de los parámetros de los modelos se realizó con el método de Máxima Verosimilitud (ML, Maximum Likelihood), ya que se asumió normalidad multivariada al obtener un coeficiente de Mardia de 21.3.

El modelo inicial del factor Habilidades de Comunicación aparece representado en la Figura 7.3.10, junto con las estimaciones sus parámetros y los índices de ajuste en la Tabla 7.3.27. Estas estimaciones se muestran estandarizadas para que la interpretación del modelo sea más sencilla.

Figura 7.3.10. Dimensión Habilidades de Comunicación: Modelo Inicial



Sobre este modelo se llevó a cabo un proceso de depuración iterativo, ya que los índices de bondad de ajuste presentaban valores no admisibles, algunos ítems presentaban comunalidades cercanas a 0 y los factores presentaban varianzas negativas. Concretamente, se eliminaron los ítems 18a, 18e, 18g y 18h, del factor *Habilidades Sociales*, y todos los ítems del factor *Asertividad*, que fue eliminado del modelo, pasando a estar compuesto por un solo factor, *Habilidades Sociales*.

El modelo final aparece representado en la Figura 7.3.11, y sus índices de bondad de ajuste en la Tabla 7.3.27. Se observa que presenta un buen ajuste y que el funcionamiento de los ítems es adecuado.

Figura 7.3.11. Dimensión Habilidades de Comunicación: Modelo Final

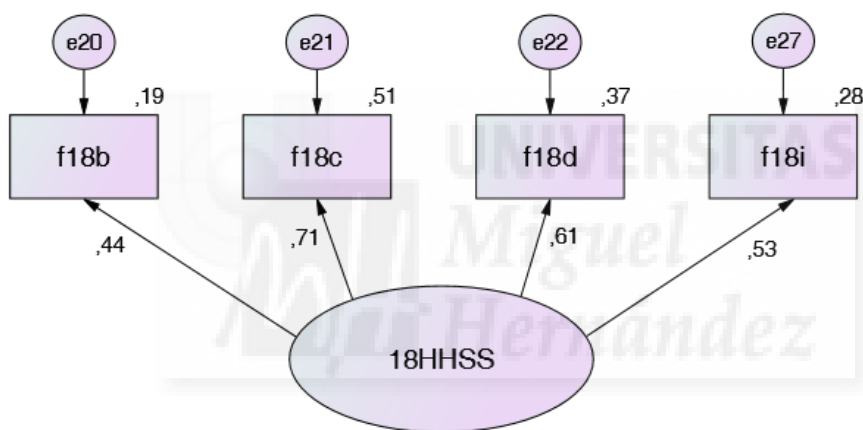


Tabla. 7.3.27. Índices de bondad de ajuste de la dimensión Habilidades de Comunicación

Modelo	Muestra	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	TLI	CFI	RMSEA	ICRMSEA
Inicial	N1	492.2	64	0.000	7.69	0.62	0.69	0.08	0.08–0.09
	N2	427.9	64	0.000	6.69	0.69	0.74	0.08	0.07–0.08
Final	N1	4.85	2	0.089	2.42	0.98	0.99	0.04	0.00–0.08
	N2	2.15	2	0.341	1.07	1.00	1.00	0.01	0.00–0.06

7.3.3.c. Análisis de los ítems

Análisis de discriminación

Al igual que en el caso de la escala macrosocial, se calculó el índice de discriminación de los ítems como la correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia. Dichos índices se valoraron con los criterios de Nunnally y Bernstein (1995), esto es, se consideraron como adecuados los valores superiores a 0,25–0,30.

Los índices de discriminación aparecen en la Tabla 7.3.29. Todos los ítems presentan buenos índices.

Factor	Ítem	N1	N2
Habilidades Sociales	18b	0.346	0.365
	18c	0.527	0.558
	18d	0.470	0.478
	18i	0.408	0.418

Análisis de homogeneidad

Debido a que la escala de Habilidades de Comunicación está formada por un solo factor, no procede el análisis de homogeneidad de los ítems.

7.3.3.d Análisis de fiabilidad

Se calculó el coeficiente alfa (α) de Cronbach para cada uno de los factores. Dado que el coeficiente alfa (α) de Cronbach se ve muy influido por el número de ítems, se realizó una segunda estimación de la consistencia interna con el coeficiente omega (ω) de MacDonald (1999), tal como recomiendan los autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 7.3.30. Comparando los dos coeficientes se observa que $\alpha < \omega$, tal como indican los autores (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996). Teniendo en cuenta que cuando la finalidad de la escala es la

investigación resultan adecuados índices de fiabilidad situados alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995), y, además, que el tamaño del factor influye en la consistencia interna del mismo, podemos decir que los índices encontrados resultarían satisfactorios.

Tabla 7.3.30 Consistencia interna de la dimensión Habilidades Sociales

Factor	α		ω	
	N1	N2	N1	N2
Habilidades Sociales	0.65	0.67	0.73	0.75

Por otro lado, tal como destaca Muñiz (1998), desde un punto de vista teórico, y si la prueba y otros aspectos relevantes lo permiten, se debe estimar la fiabilidad como estabilidad temporal mediante la aplicación repetida del test en dos momentos temporales distintos, es decir, la fiabilidad según el procedimiento test–retest. Para ello, se correlacionaron las respuestas dadas por los 1.258 sujetos que cumplimentaron el cuestionario en ambos momentos de medida (N1=658; N2=600). Las correlaciones encontradas aparecen en la Tabla 7.3.30 e indican una buena estabilidad temporal.

Además, podemos afirmar que no se han producido cambios en el constructo medido entre los dos pases del test, ya que la diferencia de medias para la puntuación en el factor en los momentos test y retest no es estadísticamente significativa y los tamaños del efecto son muy pequeños, por lo que se consideran como no relevantes (Tabla 7.3.31).

Tabla 7.3.31 Estabilidad temporal de la dimensión Habilidades Sociales

Factor	Rtest-retest		Test		Retest		t	p	δ	r ²
	N1	N2	Media	D.T.	Media	D.T.				
Habilidades Sociales	0.724	0.760	2.62	0.58	0.63	0.57	-0.299	0.765	0.01	0.00

7.3.3.e Análisis estabilidad de la estructura factorial

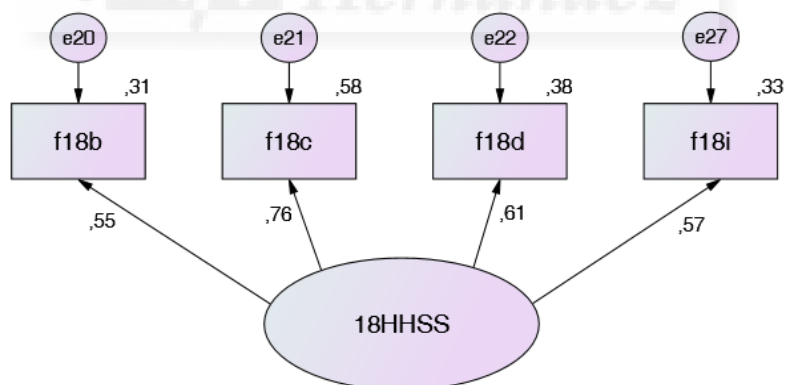
Con el fin de confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala, se realizó de nuevo el análisis factorial confirmatorio con los datos obtenidos en el pase post-test, que se administró de nuevo a los sujetos de la muestra a los 90 días, probando únicamente, en este caso, el modelo final.

En esta ocasión se utilizó de nuevo el método de Máxima Verosimilitud (ML), tras comprobar que los ítems cumplieran con los supuestos de normalidad multivariada (Coeficiente de Mardia = 6.6). Las estimaciones estandarizadas de los parámetros aparecen en la Tabla 7.3.31 mientras que en la Tabla 7.3.32 aparecen los índices de bondad de ajuste.

Tabla 7.3.32 Índices de bondad de ajuste de la dimensión Habilidades Sociales.
Pase test y retest

Modelo	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	TLI	CFI	RMSEA	ICRMSEA
Modelo Final - Pase Test	4.85	2	0.089	2.42	0.98	0.99	0.04	0.00-0.08
Modelo Final - Pase Retest	0.15	2	0.701	0.15	1.00	1.00	0.00	0.00-0.06

Figura 7.3.12 . Escala de factores Individuales Habilidades Sociales



Como se observa, el modelo presenta un buen ajuste en el retest, siendo éste incluso mejor que en el pretest.

7.3.3. f Análisis de la validez

En este apartado se analiza la relación entre la dimensión Habilidades de Comunicación y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, y tres criterios que indican riesgo de consumo, definidos y operativamente descritos en el apartado 7.1.6 (página 251).

En primer lugar, en relación al consumo, la escala muestra una alta sensibilidad. Así las puntuaciones de los jóvenes que consumen habitualmente alcohol o tabaco o han consumido cannabis en más de diez ocasiones son significativamente superiores de las obtenidas por quienes no han consumido nunca ninguna droga y no han bebido alcohol en los últimos 30 días. La magnitud del efecto de dicha diferencia es grande (Tabla 7.3.33). De los dos factores que componen la escala, es el de *Habilidades Sociales* el que explica la validez de la escala. Mientras que la *Asertividad* no muestra capacidad para discriminar entre consumidores y no consumidores.

Tabla 7.3.33 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Habilidades de Comunicación* y de sus factores por grupos de consumo

	No Consumidor		Consumidor		t	δ	r
	Media	DT	Media	DT			
HAB.COMUNICA.	2.27	0.33	2.56	0.30	-15.6**	0.91 ^A	0.41
Asertividad	1.97	0.45	2.13	0.43	-6.14**	0.36	0.17
Hab.Sociales	2.57	0.60	2.99	0.55	-12.3**	0.71 ^M	0.33

** $p < 0.001$; * $p < 0.005$; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

La Tabla 7.3.34 muestra los resultados del contraste de medias entre grupos en función de la proporción de amigos que consumen. La escala detecta diferencias entre cualquier grupo, aunque como era de esperar las mayores diferencias se encuentran cuando se comparan los grupos más alejados. Al igual que ocurre con el anterior análisis, el factor asertividad no aporta potencia a la escala.

Tabla 7.3.34 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Habilidades de Comunicación* y de sus factores por grupos de amigos que consumen.

	Media	DT	Media	DT	t	δ	r
	Grupo 1		Grupo 2				
HAB.COMUNICA..	2.21	0.37	2.39	0.33	-5.67**	0.53 ^M	0.12
Asertividad	2.06	0.48	2.03	0.44	0.55	0.05	0.01
Hab.Sociales	2.36	0.65	2.74	0.59	-6.85**	0.63 ^M	0.15
	Grupo 2		Grupo 3				
HAB.COMUNICA..	2.39	0.33	2.58	0.30	-7.99**	0.57 ^M	0.17
Asertividad	2.03	0.44	2.09	0.44	-1.9	0.14	0.04
Hab.Sociales	2.74	0.59	3.06	0.58	-7.56**	0.54 ^M	0.16
	Grupo 1		Grupo 3				
HAB.COMUNICA..	2.21	0.37	2.58	0.30	-9.21**	1.04 ^A	0.53
Asertividad	2.06	0.48	2.09	0.44	-0.74	0.08	0.04
Hab.Sociales	2.36	0.65	3.06	0.58	-10.1**	1.14 ^A	0.48

Grupo 1 Ningún amigo consume nada Grupo 2 Algunos consume al menos una. Grupo 3 La mayoría o todos consumen las tres. ** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50



Tabla 7.3.35 Diferencias de medias y Tamaño del Efecto de la dimensión Habilidades de Comunicación y de sus factores por grupos de edad de primer consumo

	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	R
Grupos 1 – 2								Grupos 2-5							
HAB.COMUN	2.25	0.33	2.41	0.33	-8.45**	0.48	0.21		2.41	0.33	2.59	0.35	-2.49	0.51 ^M	0.08
Asertividad	1.95	0.47	2.06	0.43	-4.31**	0.25	0.11		2.06	0.43	2.06	0.45	0.03	0.01	0.00
Hab.Sociales	2.55	0.6	2.27	0.59	-6.17**	0.35	0.16		2.27	0.59	3.11	0.59	-2.82	0.58 ^M	0.09
Grupos 1 – 3								Grupos 3-4							
HAB.COMUN	2.25	0.33	2.42	0.36	-3.65**	0.50 ^M	0.16		2.42	0.36	2.43	0.32	0.1	0.02	0.01
Asertividad	1.95	0.47	2.02	0.47	-0.94	0.13	0.04		2.02	0.47	2.06	0.46	0.65	0.10	0.05
Hab.Sociales	2.55	0.6	2.83	0.69	-3.25**	0.45	0.14		2.83	0.69	2.80	0.51	0.36	0.06	0.04
Grupos 1 – 4								Grupos 3-5							
HAB.COMUN	2.25	0.33	2.43	0.32	-5.49**	0.53 ^M	0.22		2.42	0.36	2.59	0.35	-1.90	0.46	0.21
Asertividad	1.95	0.47	2.06	0.46	-2.36	0.23	0.10		2.02	0.47	2.06	0.45	-0.42	0.10	0.05
Hab.Sociales	2.55	0.6	2.80	0.51	-4.65**	0.45	0.27		2.83	0.69	3.11	0.59	-1.76	0.43	0.19
Grupos 1 – 5								Grupos 3-6							
HAB.COMUN	2.25	0.33	2.59	0.35	-4.78**	1.00 ^A	0.22		2.42	0.36	2.55	0.33	-2.21	0.36	0.17
Asertividad	1.95	0.47	2.06	0.45	-1.08	0.23	0.05		2.02	0.47	2.04	0.43	-0.34	0.06	0.03
Hab.Sociales	2.55	0.6	3.11	0.59	-4.41**	0.92 ^A	0.20		2.83	0.69	3.05	0.59	-2.17	0.35	0.17
Grupos 1 – 6								Grupos 4-5							
HAB.COMUN	2.25	0.33	2.55	0.33	-8.01**	0.88 ^A	0.33		2.43	0.32	2.59	0.35	-2.24	0.49	0.17
Asertividad	1.95	0.47	2.04	0.43	-1.67	0.18	0.07		2.06	0.46	2.06	0.45	0.00	0.00	0.00
Hab.Sociales	2.55	0.6	3.05	0.59	-7.53**	0.83 ^A	0.31		2.80	0.51	3.11	0.59	-2.77	0.61	0.21
Grupos 2-3								Grupos 4-6							
HAB.COMUN	2.41	0.33	2.42	0.36	-0.17	0.02	0.01		2.43	0.32	2.55	0.33	-2.82	0.37	0.18
Asertividad	2.06	0.43	2.02	0.47	0.84	0.11	0.03		2.06	0.46	2.04	0.43	0.37	0.05	0.02
Hab.Sociales	2.27	0.59	2.83	0.69	-0.8	0.11	0.02		2.80	0.51	3.05	0.59	-3.66	0.48	0.23
Grupos 2-4								Grupos 5-6							
HAB.COMUN	2.41	0.33	2.43	0.32	-0.44	0.04	0.01		2.59	0.35	2.55	0.33	0.53	0.12	0.05
Asertividad	2.06	0.43	2.06	0.46	0.07	0.01	0.00		2.06	0.45	2.04	0.43	0.22	0.05	0.02
Hab.Sociales	2.27	0.59	2.80	0.51	-0.55	0.05	0.02		3.11	0.59	3.05	0.59	0.44	0.10	0.04

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

En tercer lugar, las diferencias de medias calculadas con la prueba t de Student y su tamaño del efecto demuestra que la escala *Habilidades de Comunicación* es válida para discriminar entre sujetos en función de la edad en que probaron por primera vez alcohol, tabaco o cannabis (Tabla 7.3.35) y de la edad en que comenzaron a consumirlo de forma habitual (Tabla 7.3.36). De las comparaciones analizadas, la escala discrimina mejor entre aquellos que nunca probaron alguna de las tres sustancias (Grupo 1) y los que lo hicieron más prontamente, Grupos 5 y 6 y Grupos 4 y 5, respectivamente.

Tabla 7.3.36 Diferencias de medias y tamaño del efecto de la dimensión *Habilidades de Comunicación* y de sus factores por grupos de edad de inicio de consumo habitual

	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	t	δ	r
Grupos 1 – 2								Grupos 2-4							
HAB.COMUN	2.26	0.33	2.47	0.34	-6.96**	0.64 ^M	0.27		2.47	0.34	2.51	0.31	-3.08*	0.39	0.19
Asertividad	1.96	0.48	2.06	0.47	-2.48**	0.23	0.10		2.06	0.47	2.1	0.43	-0.65	0.08	0.04
Hab.Sociales	2.56	0.61	2.87	0.56	-5.82**	0.54 ^M	0.23		2.87	0.56	2.92	0.58	-2.97*	0.38	0.18
Grupos 1 – 3								Grupos 2-5							
HAB.COMUN	2.26	0.33	2.51	0.31	-12.92**	0.80 ^A	0.36		2.47	0.34	2.6	0.31	-1.2	0.39	0.09
Asertividad	1.96	0.48	2.1	0.43	-5.37**	0.33	0.16		2.06	0.47	1.93	0.49	-0.91	0.30	0.07
Hab.Sociales	2.56	0.61	2.92	0.58	-9.88**	0.6 ^M	0.29		2.87	0.56	3.28	0.45	-2.2	0.72	0.17
Grupos 1 – 4								Grupos 3-4							
HAB.COMUN.	2.26	0.33	2.6	0.3	-9.35**	1.05 ^A	0.38		2.51	0.31	2.51	0.31	-2.57*	0.28	0.09
Asertividad	1.96	0.48	2.1	0.42	-2.79	0.31	0.12		2.1	0.43	2.1	0.43	0.07	0.01	0.00
Hab.Sociales	2.56	0.61	3.09	0.59	-7.98**	0.89 ^A	0.33		2.92	0.58	2.92	0.58	-2.79	0.30	0.10
Grupos 1 – 5								Grupos 3-5							
HAB.COMUN	2.26	0.33	2.6	0.31	-3.25*	1.04 ^A	0.15		2.51	0.31	2.6	0.31	-0.9	0.29	0.03
Asertividad	1.96	0.48	1.93	0.49	0.2	0.06	0.01		2.1	0.43	1.93	0.49	1.31	0.42	0.05
Hab.Sociales	2.56	0.61	3.28	0.45	-3.73**	1.19 ^A	0.17		2.92	0.58	3.28	0.45	-1.94	0.62	0.07
Grupos 2-3								Grupos 4-5							
HAB.COMUN	2.47	0.34	2.51	0.31	-1.49	0.13	0.05		2.51	0.31	2.6	0.31	-0.03	0.01	0.00
Asertividad	2.06	0.47	2.1	0.43	-1.07	0.09	0.04		2.1	0.43	1.93	0.49	1.24	0.41	0.12
Hab.Sociales	2.87	0.56	2.92	0.58	-0.82	0.07	0.03		2.92	0.58	3.28	0.45	-0.95	0.32	0.09

** p<0.001; * p<0.005; : Magnitud del efecto: A = Alta > 0.80 (Sombreado); ; M= Medio > 0.50

7.3.3.g. Conclusión de la dimensión Habilidades Sociales

El diseño inicial de la escala incluía dos factores: *Habilidades Sociales* y *Asertividad*, con 9 y 5 ítems respectivamente. Los primeros resultados de los análisis de la estructura factorial aconsejaron reducir el número de ítems a 4 para cada uno de los factores, y de esta manera conseguir un ajuste aceptable. Tras comprobar que la validez de este primer modelo mejoraba con la eliminación del factor *Asertividad*, se recalculó el modelo esta vez con un único factor de *Habilidades Sociales* compuesto por 4 ítems, y se observó que también mejoraba el ajuste sin el factor *Asertividad*.

En definitiva, los análisis muestran que los ítems del factor *Asertividad* no solo no aportaba ajuste ni capacidad predictiva al modelo, si no que al contrario lo debilitaba. Por ello, el modelo resultante quedó compuesto por un único factor: *Habilidades Sociales* y por lo tanto la escala queda renombrada como *Habilidades Sociales* (Tabla 7.3.37).

La estructura interna de la escala *Habilidades Sociales* presenta un buen ajuste y alta discriminación en función de las variables utilizadas para la validez de criterio. El valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones es de $\delta = 0,99$, lo que indica que el 84% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo.

Tabla 7.3.37 Escala Habilidades Sociales.

ÍTEM

18c Me resulta fácil conocer gente. (Inverso)

18i Me cuesta relacionarme con los demás.

18d Soy tímido/a.

18b Si alguien me atrae, me acerco y me presento. (Inverso)

Las cuatro últimas hipótesis se enunciaron para una única escala individual. Sin embargo, tal y como ha quedado explicado, los análisis psicométricos han agrupado los ítems formando tres dimensiones independientes de carácter individual. Se observa como cada una de las cuatro hipótesis ha sido verificada en cada una de las tres escalas resultantes. Por lo tanto, la hipótesis 17 *“Los sujetos con mayor consumo obtendrán puntuaciones más altas en la escala Individual que los de menor consumo”*, la hipótesis 18 *“los sujetos con mayor proporción de amigos que consumen obtendrán puntuaciones más altas en la escala Individual, que los tienen pocos o ningún amigo consumidor”*, la hipótesis 19 *“los sujetos que probaron antes el alcohol, el tabaco y el cannabis obtendrán puntuaciones más altas en la escala Individual, que los lo probaron más tarde o nunca”* y la hipótesis 20 *“Los sujetos que comenzaron a consumir habitualmente alcohol, tabaco y cannabis a edades más tempranas obtendrán puntuaciones más altas en la escala Individual, que los que comenzaron más tarde o nunca”* han quedado verificadas.

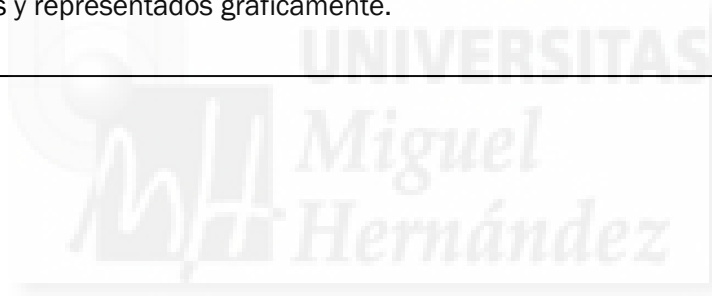


Capítulo 7.4

Conclusiones generales del análisis psicométrico del cuestionario

En los anteriores capítulos se han analizado las propiedades psicométricas de cada una de las siete dimensiones. Cada capítulo finaliza con un resumen a modo de conclusión para cada dimensión.

En este capítulo, con el fin de ofrecer una visión integrada de la evaluación del riesgo psicosocial, se presentan los resultados obtenidos en las siete dimensiones agrupados y representados gráficamente.



El objetivo del presente trabajo es construir y validar un instrumento de detección del nivel de riesgo del consumo de drogas para adolescentes. Para ello se ha revisado la literatura científica y se han identificado 21 factores iniciales (Tabla 5.1) agrupados en siete dimensiones, que dan lugar a las siete escalas analizadas. Las siete escalas han mostrado buenas propiedades psicométricas y elevada capacidad para clasificar a los adolescentes en función de los cuatro criterios relacionados con el riesgo de desarrollar un consumo abusivo de alcohol, tabaco y/o cannabis. Por lo tanto, la utilización de una única batería que reúne las siete escalas permite trazar un amplio, a la vez que detallado, perfil de riesgo de un individuo o de un grupo.

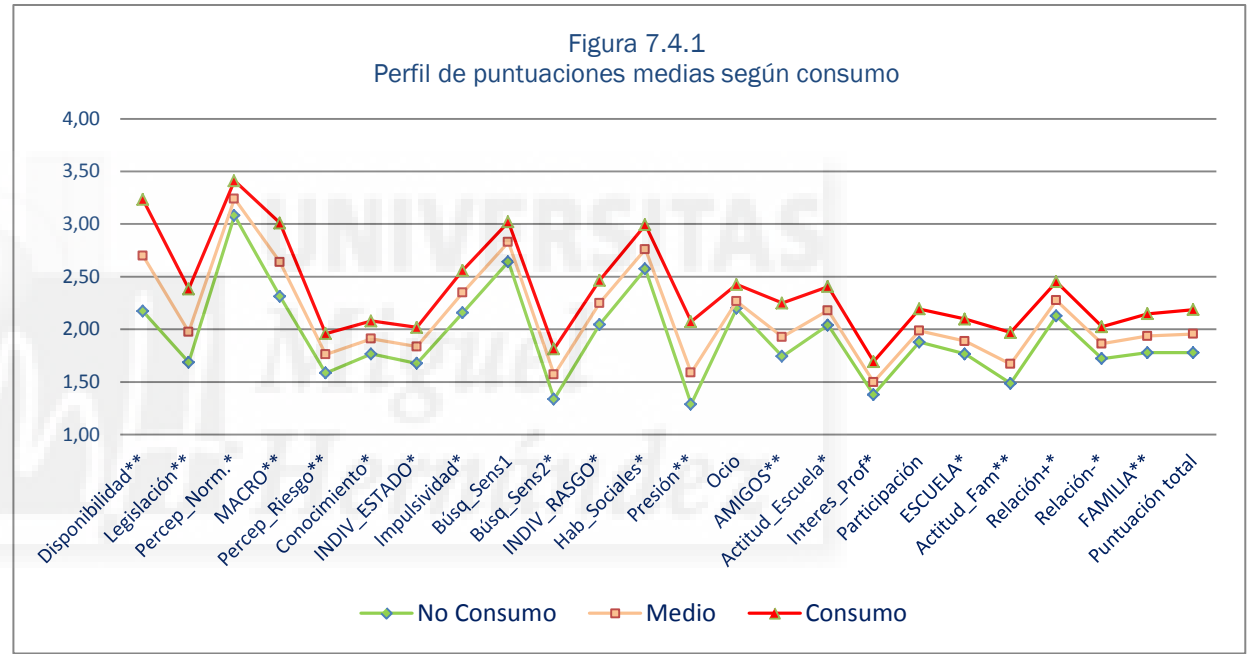
Como resultado del proceso de análisis, el número de factores quedó reducido a 16, distribuidos en 6 dimensiones multifactoriales, más una dimensión unifactorial, lo que suma un total de 23 medidas. Así presentados, los resultados resultan fraccionados, lo que dificulta una visión completa del riesgo psicosocial del consumo de drogas.

Con estas conclusiones generales se pretende reunir las siete dimensiones y sus factores bajo un enfoque conjunto. Para ello se presentan las puntuaciones medias obtenidas por los grupos de alto y de bajo riesgo en cada dimensión y en cada factor para cada uno de los cuatro criterios utilizados para analizar la validez. El resultado se presenta gráficamente para cada uno de los cuatro criterios: consumo de alcohol, tabaco y cannabis (Tabla y Figura 7.4.1), amigos que consumen (Tabla y Figura 7.4.2), edad de inicio del consumo habitual (Tabla y Figura 7.4.3) y edad de inicio de consumo (Tabla y Figura 7.4.4). La línea roja superior corresponde a las puntuaciones para cada dimensión y sus correspondientes factores obtenidas por los adolescentes con mayor riesgo. La línea naranja representa la puntuación media de toda la muestra, y la línea verde inferior corresponde al perfil de quienes fueron clasificados como de bajo riesgo. Así dispuesto se puede comprobar visualmente como las puntuaciones difieren notablemente según el riesgo.

Con carácter general, considerando las diferencias de medias obtenidas en los cuatro criterios y las elevadas magnitudes de sus efectos, se puede afirmar que las siete dimensiones presentan una elevada capacidad para discriminar a los sujetos de alto riesgo de los de bajo.

Tabla 7.4.1 Puntuaciones medias según consumo.

Factor / DIMENSIÓN	No Consumo	Medio	Consumo
MACRO**	2,31	2,64	3,01
Accesibilidad**	2,17	2,70	3,23
Legislación**	1,69	1,98	2,38
Percep_Norm.*	3,08	3,24	3,41
INDIV_ESTADO*	1,68	1,84	2,02
Percep_Riesgo**	1,58	1,76	1,96
Conocimiento*	1,77	1,91	2,08
INDIV_RASGO*	2,04	2,25	2,46
Impulsividad*	2,16	2,35	2,56
Búsq_Sens1	2,64	2,83	3,02
Búsq_Sens2*	1,34	1,57	1,81
HAB_SOCIALES*	2,57	2,76	2,99
AMIGOS**	1,74	1,93	2,25
Presión**	1,29	1,59	2,07
Ocio	2,20	2,27	2,43
ESCUELA*	1,77	1,89	2,10
Actitud_Escuela*	2,04	2,18	2,41
Interes_Prof*	1,38	1,50	1,69
Participación	1,88	1,99	2,19
FAMILIA**	1,78	1,94	2,15
Actitud_Fam**	1,49	1,67	1,97
Relación+*	2,13	2,27	2,45
Relación-*	1,72	1,86	2,02

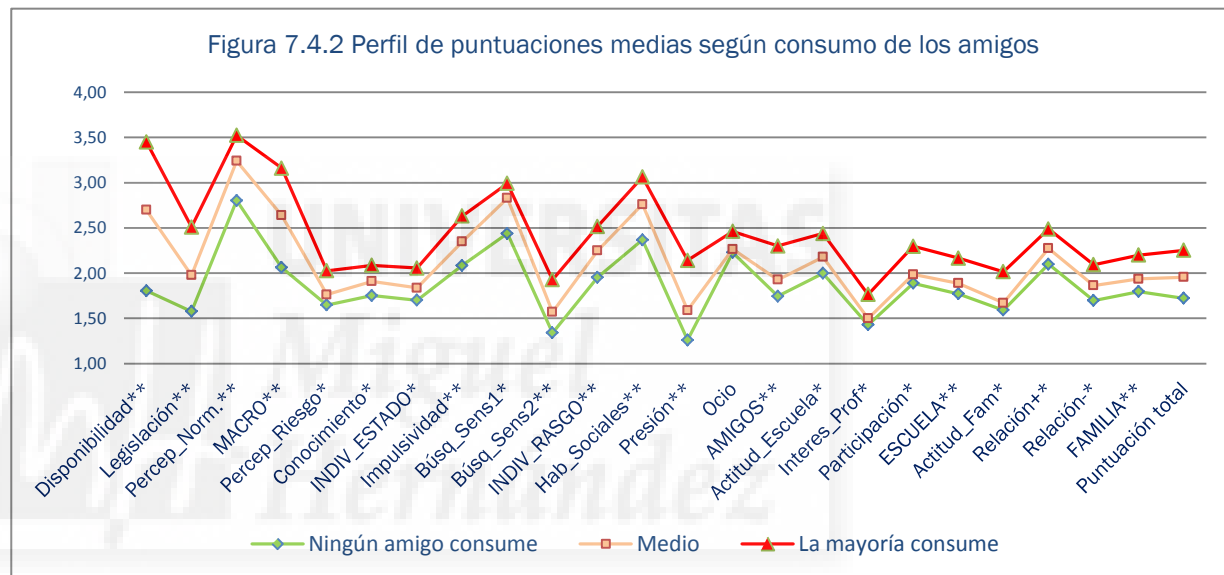


** Tamaño del efecto alto $\delta > 0.80$; * Tamaño del efecto medio $\delta > 0.50$

7.4 Conclusiones generales

Tabla 7.4.2 Puntuaciones medias según consumo de los amigos

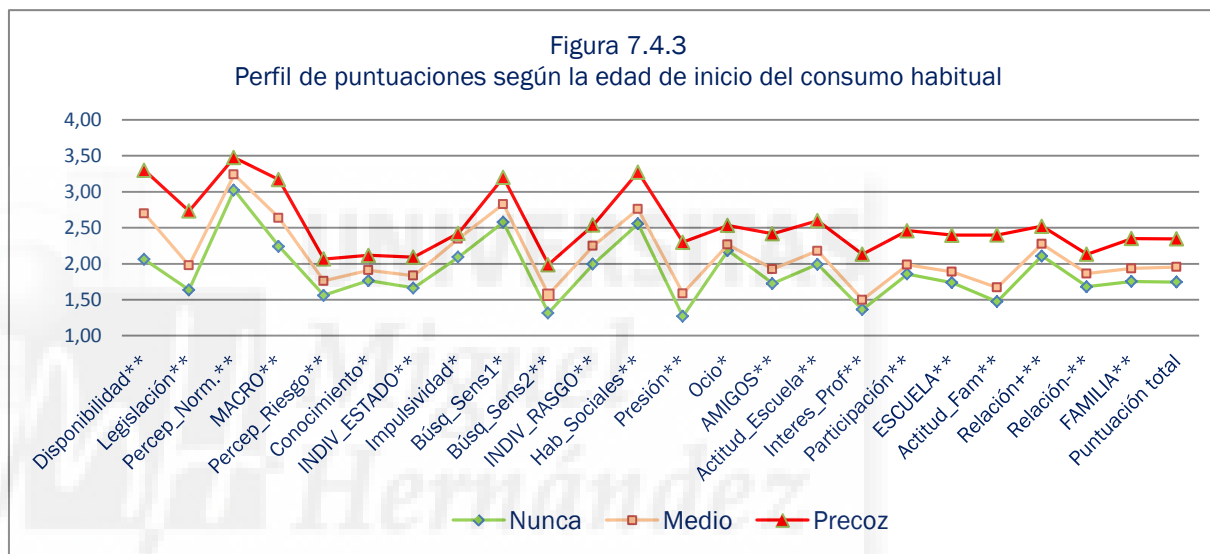
Factor/DIMENSIÓN	Amigos que consumen		
	Ninguno	Medio	Mayoría
MACRO**	2,06	2,64	3,16
Accesibilidad**	1,81	2,70	3,45
Legislación**	1,58	1,98	2,51
Percep_Norm.**	2,80	3,24	3,52
INDIV_ESTADO*	1,70	1,84	2,06
Percep_Riesgo*	1,65	1,76	2,03
Conocimiento*	1,75	1,91	2,09
INDIV_RASGO**	1,95	2,25	2,52
Impulsividad**	2,08	2,35	2,63
Búsq_Sens1*	2,44	2,83	2,99
Búsq_Sens2**	1,34	1,57	1,93
HAB_SOCIALES**	2,37	2,76	3,06
AMIGOS**	1,74	1,93	2,30
Presión**	1,26	1,59	2,14
Ocio	2,23	2,27	2,46
ESCUELA**	1,77	1,89	2,17
Actitud_Escuela*	2,00	2,18	2,44
Interes_Prof*	1,43	1,50	1,76
Participación*	1,89	1,99	2,30
FAMILIA**	1,80	1,94	2,20
Actitud_Fam*	1,59	1,67	2,02
Relación+*	2,10	2,27	2,49
Relación-*	1,70	1,86	2,09



** Tamaño del efecto alto $\delta > 0.80$; * Tamaño del efecto medio $\delta > 0.50$

Tabla 7.4.3 Puntuaciones medias según edad de inicio consumo habitual

Factor/DIMENSIÓN	Inicio Consumo Habitual		
	Nunca	Medio	Precoz
MACRO**	2,24	2,64	3,17
Accesibilidad**	2,06	2,70	3,30
Legislación**	1,64	1,98	2,73
Percep_Norm.**	3,03	3,24	3,48
INDIV_ESTADO**	1,66	1,84	2,09
Percep_Riesgo**	1,56	1,76	2,07
Conocimiento*	1,77	1,91	2,12
INDIV_RASGO**	2,00	2,25	2,54
Impulsividad*	2,09	2,35	2,43
Búsq_Sens1*	2,58	2,83	3,20
Búsq_Sens2**	1,32	1,57	1,99
HAB_SOCIALES**	2,56	2,76	3,28
AMIGOS**	1,73	1,93	2,42
Presión**	1,27	1,59	2,30
Ocio*	2,18	2,27	2,53
ESCUELA**	1,74	1,89	2,40
Actitud_Escuela**	1,99	2,18	2,60
Interes_Prof**	1,36	1,50	2,13
Participación**	1,86	1,99	2,46
FAMILIA**	1,75	1,94	2,35
Actitud_Fam**	1,47	1,67	2,40
Relación+**	2,11	2,27	2,52
Relación-**	1,68	1,86	2,13

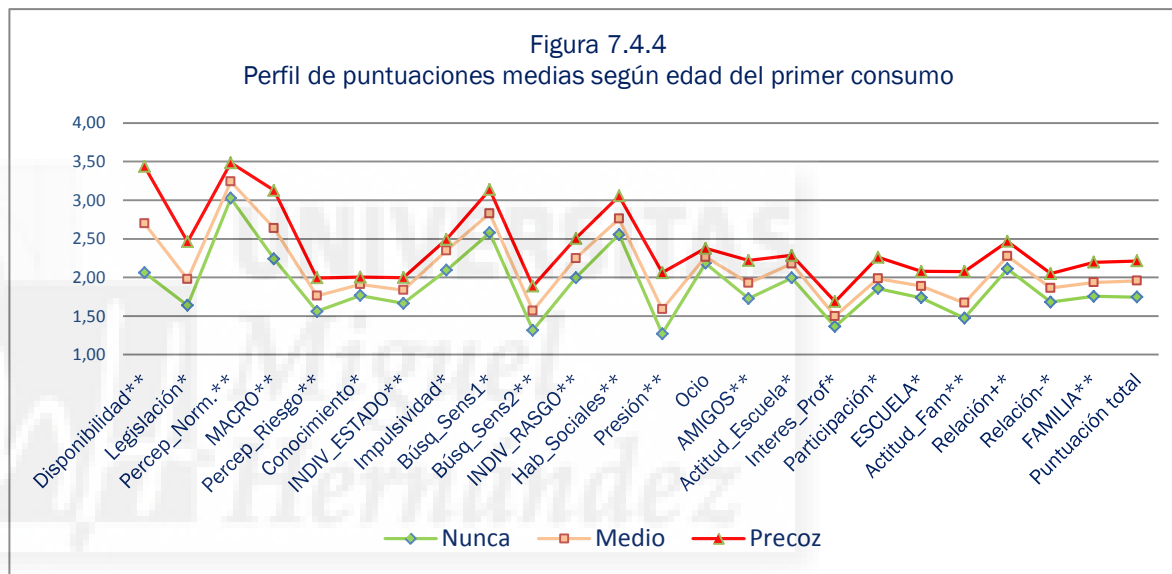


** Tamaño del efecto alto $\delta > 0.80$; * Tamaño del efecto medio $\delta > 0.50$

7.4 Conclusiones generales

Tabla 7.4.4 Puntuaciones medias según edad primer consumo

Factor / DIMENSIÓN	Edad de primer consumo		
	Nunca	Medio	Precoz
MACRO**	2,24	2,64	3,13
Accesibilidad**	2,06	2,70	3,44
Legislación*	1,64	1,98	2,46
Percep_Norm.**	3,03	3,24	3,48
INDIV_ESTADO**	1,66	1,84	2,00
Percep_Riesgo**	1,56	1,76	1,99
Conocimiento*	1,77	1,91	2,00
INDIV_RASGO**	2,00	2,25	2,51
Impulsividad*	2,09	2,35	2,49
Búsq_Sens1*	2,58	2,83	3,14
Búsq_Sens2**	1,32	1,57	1,89
HAB_SOCIALES**	2,56	2,76	3,05
AMIGOS**	1,73	1,93	2,22
Presión**	1,27	1,59	2,06
Ocio	2,18	2,27	2,38
ESCUELA*	1,74	1,89	2,08
Actitud_Escuela*	1,99	2,18	2,29
Interes_Prof*	1,36	1,50	1,69
Participación*	1,86	1,99	2,26
FAMILIA**	1,75	1,94	2,20
Actitud_Fam**	1,47	1,67	2,08
Relación+*	2,11	2,27	2,47
Relación-*	1,68	1,86	2,05



** Tamaño del efecto alto $\delta > 0.80$; * Tamaño del efecto medio $\delta > 0.50$

El resto de los índices psicométricos analizados en cada una de las 7 escalas se resume en una única tabla (Tabla 7.4.6) que ilustra de manera sintética la calidad psicométrica de cada dimensión y de los factores que la componen. En aras a simplificar la presentación, se ha utilizado un código visual que clasifica los resultados en insuficientes (naranja), aceptables (amarillo) o satisfactorios (verde). En los correspondientes capítulos se puede consultar con detalle la explicación de los criterios utilizados para evaluar y clasificar los resultados. Para facilitar la consulta, la Tabla 7.4.5 resume los métodos y criterios utilizados.

Propiedad	Índice	Criterio		
		Insuficiente	Aceptable	Satisfactorio
Ajuste (1)	TLI y CFI			>0.95
	RMSEA	>0.08	≤0.08	≤0.05
Discriminación (2)	Coefficiente de correlación	< 0.25	0.25	>0.30
Homogeneidad (3)	Correlación ítem con su factor	< 0.20	≥0.20	
Consistencia Interna (4)	α de Cronbach y ω de MacDonald	<0.60	0.60 - 0.70	>0.70
Estabilidad Temporal (5)	Correlación test-retest	<0.60	0.60 - 0.70	>0.70
Estabilidad Estructura Factorial (6)	TLI y CFI			>0.95
	RMSEA	>0.08	≤0.08	≤0.05
Validez (7)	Tamaño del efecto. δ de Cohen	δ <0.50	0.50 > δ < 0.80	δ >0.80

- (1) Análisis factorial confirmatorio Fase Test. Método de Máxima Verosimilitud. TLI; CFI; RMSEA; ICRMSEA
- (2) Correlación corregida de cada ítem con el total del factor de pertenencia > 0.25 (Nunnally y Bernstein, 1995)
- (3) Cada ítem debe mostrar una correlación mayor con su factor que con el resto de factores de la escala. La diferencia debe ser > 0.20 (Jackson, 1970)
- (4) α < ω (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996) alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995).
- (5) α < ω (Martínez Arias, 1996; Muñiz, 1996) alrededor de 0,70 (Nunnally y Bernstein, 1995).
- (6) Análisis factorial confirmatorio Fase Re-test. Método de Máxima Verosimilitud. TLI; CFI; RMSEA; ICRMSEA
- (7) Diferencia de medias entre grupos según criterios de nivel de riesgo (t de Student) y tamaño del efecto.

En referencia a los resultados del ajuste, cabe indicar que todos son satisfactorios en tanto que los modelos iniciales fueron corregidos eliminando o reubicando ítems y dimensiones hasta alcanzar un ajuste óptimo.

La columna de validez representa la media de las puntuaciones obtenidas en los cuatro criterios de riesgo (pag. 245 y sig.). En ella se observa como las siete dimensiones obtienen valores altos, lo que se debe interpretar como una buena capacidad para identificar sujetos con riesgo de consumo abusivo. Resalta especialmente la dimensión *Macro* y los factores *Accesibilidad* y *Presión de Grupo*, todos ellos con valores entorno a 2. Lo que indica que el 97% de los sujetos de bajo

7.4 Conclusiones generales.

riesgo puntúan por debajo de la media obtenida por los sujetos de alto riesgo (Iraurgi, 2009).

El tamaño del efecto de las diferencias entre grupos de riesgo-no riesgo para el resto de los factores es alto o medio alto. Con excepción del factor Ocio que no es capaz de discriminar suficientemente a los sujetos de riesgo.

Tabla 7.4.6 Resumen de las propiedades psicométricas

Dimensión Factor	Ajuste	Discriminación	Homogeneidad	Consistencia Interna	Estabilidad Temporal	Estabilidad Estr. Factorial	Validez
MACRO							
Accesibilidad							
Legislación							
Percep_Norm.							
AMIGOS							
Presión							
Ocio							
ESCUELA							
Actitud_Escuela							
Interés_Prof							
Participación							
FAMILIA							
Actitud_Fam							
Relación+							
Relación-							
INDIV_ESTADO							
Conocimiento							
Percep_Riesgo							
INDIV_RASGO							
Impulsividad							
Búsq_Sens1							
Búsq_Sens2							
HAB_SOCIALES							

■ Verde: Satisfactorio.
 ■ Amarillo : Aceptable.
 ■ Naranja: Insuficiente.
 ■ Gris : No procede

Capítulo 8.

Discusión y conclusiones

En el presente capítulo se procede a discutir los resultados presentados en los anteriores capítulos. Siguiendo la estructura general del instrumento, el presente capítulo se organiza en tres grandes apartados: Macro-Social, Micro-Social e Individual. Los dos últimos se subdividen a su vez en las tres escalas que los componen. En cada uno se discute el alcance de los objetivos propuestos y la hipótesis planteada. El cuarto apartado se dedica a las limitaciones halladas durante la investigación y se proponen futuras líneas de trabajo. Por último, se presentan las principales conclusiones.

Contenidos

- 8.1 Macro-Social.
- 8.2 Micro-Social.
- 8.3 Individual.
- 8.4 Limitaciones y futuras líneas de investigación.
- 8.5 Conclusiones generales.

El objetivo general del presente trabajo es construir y validar una escala de detección del nivel de riesgo del consumo de drogas para adolescentes, en la que se identifican tres áreas o ámbitos de evaluación: macrosocial, microsocia e individual. Los objetivos específicos que se persiguen en cada una de ellas son:

1. Identificar los factores de riesgo relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas mediante la revisión de la literatura científica.
2. Construir una escala para cada ámbito de detección de la presencia de factores de riesgo.
3. Validar las escalas.

La primera parte de este trabajo de investigación, parte teórica, está dedicada a aspectos conceptuales y al cumplimiento del primer objetivo. En ella se identifican los factores de riesgo a través de la revisión de las principales teorías que explican el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, y se examina en profundidad la evidencia científica que los avala. Como resultado se identifican aquellos factores que merecen ser tenidos en cuenta para la construcción de las escalas.

En la segunda parte, empírica, se presenta el proceso de diseño y validación, de las escalas de evaluación del nivel de riesgo de consumo de drogas en adolescentes.

El proceso de diseño, descrito en el estudio 1, comenzó con una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los factores psico-sociales asociados al consumo de drogas. Una vez definidos los factores, se construyó un banco de ítems para cada uno de ellos. A continuación 10 jueces-expertos valoraron la comprensión y la relevancia de 246 ítems que fueron propuestos para los 21 factores. La valoración de los jueces-expertos permitió reducir el número de ítems a la mitad: 122 ítems. Posteriormente se procedió a evaluar los ítems mediante una prueba piloto con 30 estudiantes.

La versión resultante de la prueba piloto fue sometida a análisis clásico de ítems, de la estructura factorial, de fiabilidad, de la estabilidad de la estructura factorial y de la validez de criterio. Los resultados de los análisis han permitido obtener siete escalas que forman una batería que evalúa las características personales y del entorno social de las que se tiene una sólida evidencia de su relación con el consumo de drogas.

Las escalas desarrolladas en el presente trabajo han mostrado su utilidad para discriminar niveles de riesgo ante el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Además del consumo, las puntuaciones de las escalas también diferencian a grupos clasificados en función de otras variables que guardan relación con el riesgo de desarrollar un consumo abusivo. Estas variables han sido “la proporción de amigos consumidores”, “la edad en que consumió por primera vez” y “la edad de inicio del consumo habitual”. Como resultado del presente trabajo se ha obtenido un instrumento capaz de evaluar la intensidad y el perfil del riesgo de consumo de drogas en adolescentes, por lo que se puede afirmar que los objetivos planteados han sido alcanzados.

A continuación se procede a la discusión de los resultados obtenidos. Al igual que en el resto de capítulos, se estructura en tres grandes apartados: macro, micro e individual. En cada uno se discute el alcance de los objetivos propuestos y las hipótesis planteadas.

8.1. Dimensión Macro-Social.

Objetivo 1.a. Revisar la literatura para identificar los factores macro-sociales relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

En primer lugar se propuso el diseño de una escala que reuniese aquellos factores que se refieren a las características culturales y sociales y que inciden en el riesgo de que se inicie un consumo de drogas. Al objeto de identificar tales factores, y en cumplimiento del objetivo 1.a, se revisaron las teorías y la evidencia empírica en busca de factores macro-sociales con suficiente soporte empírico. Los resultados de la revisión apuntan a la existencia de 4 factores culturales y sociales relacionados, en mayor o menor medida, con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Estos factores fueron: *Estatus socio-económico* (Caria, Faggiano, Bellocco y Galanti, 2011; Isohanni, Oja, Moilanen y Koiranen, 1994; Goodman y Huang, 2002; Hanson y Chen, 2007; Lemstra, et al., 2008; Lowry, Kann, Collins y Kolbe, 1996; Richter, Vereecken, Boyce, Maes, Gabhainn y Currie, 2009); *Accesibilidad* (Hughes et. al., 2010; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi y Kraus, 2012; Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg y Miech, 2013; Manning, Best, Rawaf, Rowley, Floyd y Strang, 2001), *Legislación* (Asuni y Bruno, 1984; Solivetti, 2001) y *Percepción Normativa* (Haines y Spear, 1996; Johnson, 2012; Lewis, 2011; Page y cols., 2008).

Objetivo 1.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo macro-sociales.

Inicialmente se consideró la posibilidad de incluir el factor Desorganización Comunitaria. Los resultados de la revisión bibliográfica han sido escasos y contradictorios, por lo que su relación con el consumo de drogas no quedó suficientemente probada. Además el término, tal y como se expone en la parte teórica, adolece de una definición operativa (Winstanley et al., 2008). Por estos motivos se optó por no incluirla en la escala inicial.

El banco de ítems propuestos fue sometido a criterio de los jueces-expertos y la estructura inicial de la dimensión *Macro-Social* quedó formada por 17 ítems distribuidos en 4 factores. Tras los análisis psicométricos, la escala quedó reducida a ocho ítems distribuidos en tres factores (*Accesibilidad, Legislación y Percepción Normativa*).

Como resultado de los análisis de los ítems y de la estructura factorial se eliminó el factor *Estatus Socio-Económico*. Nuestros resultados están en línea con anteriores estudios que proponen que no existe tal relación (Beckett, et al., 2004; Megan, Patrick, Wightman, Schoeni y Schulenberg, 2012). Esta inconsistencia podría deberse al efecto mediador de un proceso de comparación social, mediante el cual el sujeto percibe y valora su grado de vulnerabilidad social en función de sus aspiraciones y derechos asumidos al compararse con otras personas con mayor acceso a los recursos. Los ítems que forman el factor (“vivo en un barrio pobre”, “me gustaría vivir en un barrio mejor” o “vivo en un barrio sin posibilidad de actividades sanas”) implican una valoración comparativa. Y probablemente los adolescentes no hayan activado todavía un proceso de crítica social que conlleve tal sentimiento de agravio, por lo que este factor podría no ser importante a esta edad.

La dimensión definitiva quedó formada por tres factores: *Accesibilidad, Legislación y Percepción Normativa*, que gozan de un sólido soporte avalado por la evidencia.

Objetivo 1.c. Validar la escala *Macro-Social*. / Determinar el valor predictivo de la escala *Macro-Social*.

La puntuación en la escala *Macro-Social*, así como la de cada uno de los tres factores tomados individualmente, presenta diferencias significativas al ser

comparada entre los grupos utilizados en los análisis de validez de constructo y especialmente en el de consumo: jóvenes consumidores y no consumidores. Además, la escala *Macro-Social* obtuvo la magnitud del efecto más alta de las siete escalas que componen la batería. Con un tamaño del efecto de $\delta = 1,54$, la probabilidad de que un joven consumidor tenga mayor puntuación en la escala que uno no consumidor, es decir que tenga mayor riesgo macro, es del 70,7%. Las probabilidades para los factores por separado son del 68,1% para *Accesibilidad*, del 58,9% para *Legislación* y del 38% para *Percepción Normativa*.

Es interesante observar como los factores *Accesibilidad* y *Presión de Grupo*, este último perteneciente a la dimensión *Micro-social: Amigos*, son los que mejor discriminan entre consumidores y no consumidores o entre tener o no amigos que consumen. Resulta lógico pensar que la *Presión de Grupo* entendida como la influencia ejercida por los amigos/compañeros que anima directa o indirectamente a la experimentación o al mantenimiento del consumo de drogas, aumente la percepción de la *Accesibilidad* a la sustancia. Ya que los propios amigos facilitan el acceso a la misma.

Para finalizar, la escala *Macro-Social* ha demostrado su validez para medir riesgo de consumo, y en consecuencia las hipótesis 1, 2, 3 y 4 han quedado verificadas.

8.2. Dimensión Micro Social.

El ámbito *Micro-Social* hace referencia al entorno de las relaciones personales y quedó definido por los contextos o áreas sociales en los que el adolescente establece relaciones directas con los individuos que conoce. Estas son los amigos, la escuela y la familia. Esta estructura del ámbito micro-social aconsejó el desarrollo de tres dimensiones independientes, una para cada entorno de relación, que permitiera trazar un perfil sensible a las características peculiares de las relaciones personales. Y en consecuencia adaptar las intervenciones a las necesidades de los destinatarios.

8.2.1 Amigos

Objetivo 2.a. Revisar la literatura para identificar los factores del grupo de amigos relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

La búsqueda de evidencias acerca de las características y dinámicas del grupo de amigos relacionadas con una mayor probabilidad de consumo dio como resultado dos factores generales: *Presión de Grupo* y *Ocio*. El primero aparece consistentemente asociado al consumo de drogas, y algunos autores lo han calificado como el mejor predictor (Díaz Negrete y García-Aurrecoechea, 2008; Epstein, Bang y Botvin, 2007; Jenkins, 1996; Swadi, 1992). Su potencia predictora del consumo, se ve reforzada por la estrecha vinculación con otros potentes factores como la *Accesibilidad* (Borsari y Carey, 2001; von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler y Wittchen, 2002) o la *percepción del riesgo* determinada por dinámicas de influencia social. Esta combinación de factores produce sinergias que dificultan el conocimiento del papel que juega cada uno en el riesgo total de consumo. No obstante, con independencia del grado de solapamiento que pudiera darse entre factores, la contundencia con la que el factor *Presión de Grupo* emerge en la revisión bibliográfica no deja lugar a duda sobre su importante papel en la explicación del riesgo de inicio y mantenimiento del consumo.

El segundo factor identificado en la revisión fue el *Ocio*, que hace referencia a los hábitos de ocio asociados al consumo. Este factor cuenta con un apoyo empírico más débil. Ya sea por haber despertado un menor interés entre los investigadores, o ya sea por la dificultad de su medida, la evidencia encontrada fue menor, aunque suficiente para ser tenido en cuenta como un factor de riesgo a explorar.

Objetivo 2.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo del grupo de amigos.

Una vez identificados los dos factores relacionados con el grupo de amigos, se redactaron 20 ítems, 10 para cada factor. El grupo de jueces-expertos desechó 4 ítems para el factor *Presión de Grupo* y 4 para el factor *Ocio*, por lo que se alcanzó el objetivo 2.b con el diseño de una escala inicial de detección de la presencia de factores de riesgo del grupo de amigos compuesta por 12 ítems.

Objetivo 2.c. Validar la escala *Micro-Social: Amigos* y determinar su valor predictivo.

Los resultados de los análisis de la estructura interna de la dimensión *Micro-Social: Amigos* apoyan la propuesta teórica de una escala formada por dos factores: *Presión de Grupo* y *Ocio*. Durante el proceso de análisis, se eliminaron 2 ítems del factor *Presión* y 3 del factor *Ocio*. El modelo resultante, compuesto por 7 ítems, presentó un buen ajuste y una alta validez en cada uno de los cuatro criterios utilizados. La escala parece más sensible cuando se trata de discriminar a los no consumidores (Grupo 1) en las variables *Edad de Primer Consumo* y *Edad Inicio del Consumo Habitual* del resto de grupos. Esta sensibilidad con el grupo de no consumidores podría deberse a la estratificación de los que declaran algún tipo de consumo, que ha dado como resultado: seis grupos en la primera variable y cinco en la segunda.

El factor *Presión de Grupo* fue con amplia diferencia el que mejor estructura interna y validez presentó. El valor del tamaño del efecto osciló entre $\delta = 1.52$ y 2.88 , al comparar las medias de los grupos de alto y bajo riesgo en los cuatro criterios de validez utilizados. Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que la asociación con iguales que consumen no sólo genera un efecto normativo y de modelado de grupo, sino que además potencia la Accesibilidad a la droga. El consumo por parte de los compañeros más cercanos facilita el acceso (von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler y Wittchen, 2002).

Los resultados del presente estudio coinciden con un gran número de autores que consideran que la *Presión de Grupo* es el mejor predictor del consumo de drogas (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008; Epstein, Bang y Botvin, 2007; Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Jenkins, 1996; Swadi, 1992). En nuestra muestra, la *Presión de Grupo* es el factor que mejor discrimina entre los consumidores y los no consumidores, seguido del factor *Accesibilidad*.

En relación al factor *Ocio*, a pesar que el análisis confirmatorio indica que el ajuste del modelo es adecuado en el pos-test, así como las cargas correspondientes a cada ítem dentro de su factor, los resultados de las pruebas de validez evidencian que no es capaz de discriminar entre sujetos agrupados por ninguno de los cuatro criterios de riesgo que se utilizaron para analizar la validez. Y que la escala formada por ambos factores obtiene valores inferiores a los conseguidos por el factor *Presión de Grupo*. Estos resultados son coherentes con el menor apoyo empírico hallado en la fase de revisión bibliográfica. A la vista de los resultados se decidió eliminar el factor.

A nivel de la dimensión *amigos* las cuatro hipótesis propuestas (5, 6, 7 y 8) han quedado verificadas. La escala es capaz de distinguir a los sujetos de alto riesgo, siendo el factor *Presión de grupo* el que mejor explica los buenos resultados obtenidos.

8.2.2 Escuela

Objetivo 2.d. Revisar la literatura para identificar los factores escolares relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

Como resultado de la revisión de la literatura científica se establecieron tres factores relacionados con la actitud y conducta hacia el entorno escolar. El primero fue la *Actitud hacia los estudios*, que se asocia con una menor implicación académica, y como consecuencia con un peor rendimiento (Diego, Field y Sanders, 2003; Ensminger, Lamkin y Jacobsen, 1996; Ferguson, Horwood y Beautrais, 2003; García y Carrasco, 2003; Morales, Arizaa, Nebota, Pérez y Sánchez, 2008). Otro factor del que se encontró evidencia, aunque en menor cantidad, fue la motivación por desarrollar un papel en la sociedad, y más concretamente por desempeñar una función profesional, que fue denominado *Proyección Profesional* (Kinnier, Metha, Okey, y Keim, 1994; Nicholson, Higgins, Turner, James, Stickle y Pruitt, 1994). Por último, la escasa o nula *Participación* en la vida escolar entendida como el sentimiento de vinculación con la escuela más allá del rendimiento académico ha sido asociada a la aparición de conductas desviadas entre las que se incluye el consumo de alcohol, tabaco y cannabis (Dornbusch, Erickson, Laird y Wong, 2001; Ellickson y Hays, 1992; O'Donnell, Hawkins y Abbott, 1995).

Objetivo 2.e. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo escolares.

Se diseñó y seleccionó un grupo de ítems para cada uno de los tres factores. 10 ítems para el factor *Actitud hacia los estudios* definida como una baja motivación por los estudios y una creencia de que estudiar no sirve para nada, asociada a escasos esfuerzos y fracaso escolar. 6 ítems para *Proyección profesional* que expresa que el adolescente no muestra una vocación que le impulse a desarrollar sus capacidades, o no se identifica con una aspiración o meta personal, social o profesional. Y 5 ítems para el tercer factor, *Participación en la vida escolar*, que

consiste en la percepción de las actividades escolares como algo aburrido y ajeno y el rechazo a participar en ellas. Un total de 21 ítems fueron sometidos al criterio de un grupo de expertos que en función de su relevancia y correcta redacción, se eliminaron nueve. La escala probada estuvo compuesta por 12 ítems.

Objetivo 2.f. Validar la escala *Micro-Social: Escuela* y determinar su valor predictivo.

La escala *Micro-Social: Escuela* respondió favorablemente a los análisis psicométricos y mantuvo la estructura factorial original formada por tres factores. En cuanto al número de ítems, durante el proceso de validación quedó reducido de doce a nueve.

A nivel factorial, la estabilidad de la estructura teórica propuesta se explica por la robusta evidencia que asocia el consumo de drogas y otras conductas desadaptadas con una actitud menos favorable hacia la escuela (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007; Martínez-Ferrer, Murgui-Pérez Musitu-Ochoa y Monreal-Gimeno, 2008), actitudes más negativas hacia la escuela, los profesores y los estudios (Adair, Dixon, Moore y Sutherland, 2000; Molpeceres, Lucas y Pons, 2000), y una pobre autoestima escolar (Andreou, 2000; Cava et al., 2006; Estévez, Martínez et al., 2006; O´Moore y Kirkham, 2001).

La escala *Micro-Social Escuela* resultante presenta una buena discriminación entre individuos según la *edad de inicio de consumo habitual*. La probabilidad de que un no consumidor puntúe por debajo de la media de los que iniciaron a consumir temprano es del 70% ($\delta = 1,57$). Así mismo la Escala *Micro-Social Escuela* se ha mostrado eficaz para identificar individuos según la presencia de *amigos que consumen* ($\delta = 0,85$), el 55% de los que informan que ninguno de sus amigos consume tabaco, alcohol o cannabis, puntúa por debajo de la media de quienes dicen que la mayoría de sus amigos consumen. Para los otros dos criterios empleados en el análisis de la validez, *consumo* y *edad de primer consumo*, el tamaño del efecto ha resultado moderado-grande: $\delta = 0,74$ y $\delta = 0,78$ respectivamente.

En conclusión, la escala *Micro-Social Escuela* ofrece unas puntuaciones significativamente diferentes entre los sujetos con alto y bajo riesgo de consumo en los cuatro criterios analizados. Si bien la magnitud de estas diferencias es grande para los criterios de *amigos que consumen* y *edad de consumo habitual*, y moderada-grande para los criterios de *consumo* y *edad de primer consumo*. Quedan por lo tanto verificadas las hipótesis 9, 10, 11 y 12.

8.2.3 Familia

Objetivo 2.g. Revisar la literatura para identificar los factores familiares relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas

Como se expone en el capítulo 5 se revisó la literatura científica en busca de evidencias que identificasen que características familiares predicen la aparición de los primeros consumos de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes. La búsqueda encontró abundantes referencias que sugerían la existencia de cinco factores pertenecientes a la familia: *Actitud de los padres hacia las drogas* (Andrews, Hops, Ary, Tildesley y Harris, 1993; Bahr, Hoffman y Yang, 2005; Brook et al. 1986; Lloret, Segura y Carratalá, 2008; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Wen, et. al., 2005), *Clima Familiar y Valoración del hogar*, (Bradshaw, Glaser, Calhoun y Bates, 2006; Dekovic, Wissink y Meijer, 2004; Demaray y Malecki, 2002; Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Lambert y Cashwell, 2003; Macià, 2000; Recio, 1992), *Supervisión y control* (Barnes y Farrell, 1992; Cottrell et al., 2003; DiClemente et al., 2001; Forehand et al., 1997; Li, Feigelman, et al., 2000; Li, Stanton, et al., 2000; Rai et al., 2003; Richards et al., 2004; Soenens et al., 2006; Svensson, 2000; Webb et al., 2002) y *Estilo Educativo* (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2012; Čablová, Pazderková y Miovský, 2013; García y Gracia, 2009, 2010; Laghi, Lonigro, Baiocco y Baumgartner, 2013).

Objetivo 2.h. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo familiares.

La dimensión *Micro-Social: Familia* partió de los cinco factores conceptuales identificados en la revisión de las teorías sobre el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y en los resultados de investigaciones. Se partió de una propuesta inicial de 50 ítems: *Actitud parental* (10), *Clima familiar* (15), *Valoración del hogar* (9), *Supervisión y Control* (10) y *Estilo Familiar* (6), que fue sometida a criterio de 10 jueces-expertos, los cuales seleccionaron 24 ítems que compusieron la dimensión de riesgo *Familia*.

Objetivo 2.i. Validar la escala *Micro-Social: Familia* y determinar su valor predictivo.

El análisis de la estructura interna partió de la estructura inicial de cinco factores que no ajustó, y tras un proceso iterativo de depuración se determinó una estructura de tres factores que fue sometida a análisis de validez.

Los resultados de los análisis indican que la característica familiar que mejor discrimina entre consumidores y no consumidores es la actitud de los padres ante el consumo de drogas. La diferencia de puntuación en el factor *Actitud Parental* es significativa y con magnitudes del efecto elevadas no sólo al comparar consumidores y no consumidores ($\delta = 0,87$, la probabilidad de que una persona consumidora tenga mayor puntuación en la escala que uno no consumidor es del 51%), sino también en el resto de indicadores relacionados con el consumo como la proporción de amigos consumidores ($\delta = 0,69$, 43% de probabilidad), la edad en que consumió por primera vez ($\delta = 1,22$, probabilidad de 62,2%) y la edad de inicio del consumo habitual ($\delta = 1,67$, probabilidad del 75%). Además su ajuste en la estructura de la escala fue adecuado, por lo que pasó a formar parte de la escala definitiva. Estos resultados se ven avalados por los hallados en anteriores investigaciones sobre la influencia de la Actitud Parental en el consumo de drogas de la prole que han quedado descritos en el capítulo 3.3.2 (p. 93).

De los cuatro factores restantes en la propuesta inicial surgió un único factor que fue denominado *Clima Familiar*, y que de alguna manera engloba conceptualmente a los cuatro, al referirse estos a la valoración basada en aspectos relacionales, como la expresión de afecto, la confianza, el apoyo y la comunicación. Estas dimensiones de la relación configuran el ambiente o clima familiar en el que el menor se expresa y es educado. El análisis del factor *Clima Familiar* dio lugar a dos factores: Clima Positivo y Clima Negativo, cuyas medidas se relacionan con el grado de consumo de los adolescentes y el resto de variables utilizadas para calcular la validez de constructo.

En conclusión la dimensión *Micro-Social: Familia* quedó formada por tres factores: *Actitud Parental*, *Clima Familiar Positivo* y *Clima Familiar Negativo*. El factor que más aporta a la escala es la *Actitud Parental*. Sin embargo, la presencia de los otros dos factores mejora la validez de la escala y matiza el perfil de riesgo, permitiendo conocer que aspectos requieren una mayor atención de cara a justificar una intervención preventiva. La escala ha mostrado una excelente capacidad para identificar a los jóvenes en riesgo, cuyas puntuaciones tienen una elevada diferencia frente a los sujetos de bajo riesgo. Por lo tanto, se confirman las hipótesis 13, 14, 15 y 16.

8.3. Dimensión Individual

El presente trabajo de investigación parte del supuesto de que existe un conjunto de factores relacionados con el consumo de drogas que corresponden a la idiosincrasia de cada individuo, es decir que pueden ser considerados características individuales más o menos estables. Estos factores serían los responsables de explicar como individuos con entornos sociales similares establecen diferente relación con el alcohol, el tabaco y otras drogas. Por lo tanto, el planteamiento inicial fue que el grado de presencia de los factores individuales predeciría el riesgo de consumo, y que su intensidad convergiría en un único índice que revelaría el nivel de riesgo individual.

Objetivo 3.a. Revisar la literatura para identificar los factores personales relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

Las búsquedas bibliográficas en los resultados de investigación y las revisiones teóricas revelaron un total de siete factores individuales asociados a un mayor consumo de drogas en la adolescencia: Baja Asertividad, Alta Impulsividad, Personalidad de Búsqueda de Sensaciones, Escasas Habilidades Sociales, Baja Autoestima, Desinformación y Escasa Percepción del Riesgo.

El planteamiento inicial fue que existiría una dimensión general denominada “Factor de Riesgo Individual” que englobaría los siete factores hallados, por lo tanto se formularon las hipótesis 17, 18, 19 y 20 que predicen que los sujetos clasificados como alto riesgo según los cuatro criterios de validez, obtendrán puntuaciones más altas en la escala *Individual* que el resto.

Objetivo 3.b. Construir una escala de detección de la presencia de factores de riesgo individuales.

Para la construcción de la escala se redactaron 91 ítems que hacían referencia a los 7 factores identificados: *Asertividad* (16), *Impulsividad* (11), *Búsqueda de Sensaciones* (13), *Habilidades Sociales* (13), *Autoestima* (10), *Desinformación* (16) y *Escasa Percepción del Riesgo* (12).

Su relevancia y su correcta redacción fueron evaluadas por el equipo de Jueces-Expertos. Como resultado del proceso de evaluación se seleccionaron 42 ítems que formaron la escala de detección de factores de riesgo individuales sometida a prueba.

Objetivo 3.c. Validar la escala *Individual* / Determinar el valor predictivo de la escala *Individual*.

En contraste con la propuesta teórica inicial de 7 factores agrupados en una única dimensión, el análisis factorial determinó una estructura de 6 factores distribuidos en tres dimensiones independientes. La primera dimensión Individual-Estado se compone de dos factores relacionados con el conocimiento de los efectos o consecuencias del consumo: *Percepción del Riesgo* y *Conocimiento*. La segunda dimensión, Individual-Rasgo, engloba tres factores que conciernen características de personalidad y por lo tanto presumiblemente más estables: *Impulsividad*, *Búsqueda de Sensaciones 1* (interés por actividades de riesgo en general) *Búsqueda de Sensaciones 2* (Curiosidad por el uso de drogas como vehículo de exploración de nuevas experiencias). En tercer lugar, se planteó una dimensión en la que se agrupaban los factores que hacían referencia a la forma de relacionarse con los demás: *Habilidades Sociales* y *Asertividad*, y que fue denominada: *Habilidades de Comunicación*.

Siguiendo la estructura resultante, a continuación se discuten los resultados de cada una de las tres escalas.

8.3.1 Individual-Estado

La dimensión *Individual-Estado* agrupa dos factores específicos del consumo de drogas como son la *Percepción del Riesgo* y el *Conocimiento* general sobre las drogas. Ambos factores tienen que ver con la información que el individuo dispone sobre las drogas, sobre sus efectos perniciosos, el primero, y sobre cuestiones generales, el segundo. El factor que más aporta a la escala es la *Percepción del Riesgo*. Si bien el factor *Conocimiento* incrementa la potencia de la dimensión *Individual-Estado* haciendo que la puntuación de la escala total aumente.

Estos resultados son coherentes con los hallados por numerosos estudios que concluyen que la percepción del riesgo y el consumo mantienen una relación inversamente proporcional (de la Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Johnston y cols., 1989; Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Hibell et al. 2012; Observatorio Español sobre drogas, 2008, 2009).

La escala *Individual-Estado* presenta un buen ajuste y discrimina bien en función de los cuatro criterios utilizados para determinar la validez. El valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada uno de los cuatro criterios empleados es $\delta = 1.11$ para la puntuación general de la dimensión *Individual-Estado*, lo que significa que el 86% de los sujetos de bajo riesgo obtendrá una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo (Iraurgi, 2009). Por lo que las cuatro hipótesis planteadas para la escala *Individual* quedan verificadas en la subescala *Individual-Estado*.

8.3.2 Individual-Rasgo

Los resultados de los análisis psicométricos demuestran que la escala *Individual-Rasgo* tiene una elevada capacidad para identificar individuos con altas puntuaciones en los criterios relacionados con el consumo abusivo de tabaco, alcohol y/o cannabis. Así, la puntuación media de la escala en los cuatro criterios fue de $\delta=1,23$ lo que significa que el 88% del grupo de bajo riesgo obtendrá una puntuación por debajo de la media del grupo de alto riesgo.

Los tres factores que componen la dimensión resultan relevantes y aportan capacidad discriminante. El factor *Impulsividad* presenta una magnitud del efecto satisfactoria ($\delta =0,80$ de promedio de los cuatro criterios) lo que resulta coherente

con la abundante evidencia que identifica la *Impulsividad* como un predictor en cada una de las diferentes fases de inicio y mantenimiento del consumo de drogas (Perry y Carroll, 2008). Estos resultados son coherentes con los hallados por otros autores que concluyen que los jóvenes que muestran una mayor impulsividad tienen más probabilidad de iniciar un consumo (Adan, 2012; Allen, Moeller, Rhoades y Cherek, 1998; Calvete y Estévez, 2009; Case, 2007; Chassin, Flora y King, 2004; Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring y Bohman, 1998; Moeller y Dougherty, 2002).

En referencia al otro factor *Búsqueda de Sensaciones*, quedó dividido en dos tipos según la conducta de búsqueda esté dirigida al consumo de drogas o a otras actividades relacionadas con la búsqueda de un alto arousal. El primer factor es específico del consumo de drogas, y por lo tanto no es sorprendente que los resultados confirmen que discrimine mejor el riesgo de abuso, que el factor genérico.

Estos resultados están en línea por una parte con la evidencia que relaciona la *Búsqueda de Sensaciones* con la *Impulsividad* (Michalczuk, Bowden-Jones, Verdejo-García y Clark, 2011; Stewart et al., 2004; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993). Y por otra son coherentes con la gran cantidad de investigaciones que concluyen que existe relación con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas (Cárdenas y Moreno-Jiménez, 1989; Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988; Del Barrio y Alonso, 1994; Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Sáiz et al., 1999, 2001; Sargent, Tanski, Stoolmiller y Hanewinkel, 2010; Wills, Vaccaro y McNamara, 1994).

En resumen, la escala *Individual-Rasgo* es válida para detectar la presencia de rasgos de personalidad asociados a un mayor consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes. En consecuencia, las hipótesis 17, 18, 19 y 20 quedan verificadas.

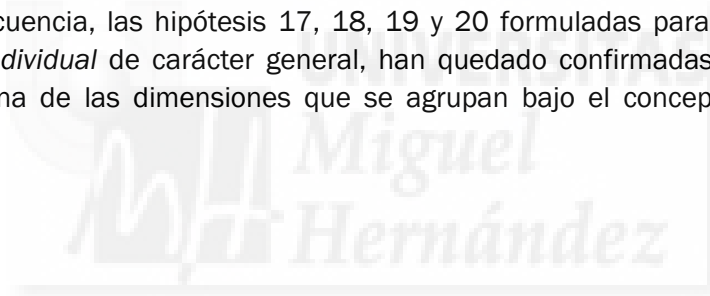
8.3.3 Habilidades Sociales

La composición inicial de la escala incluyó los dos factores que la revisión bibliográfica aconsejó, a saber: *Asertividad* y *Habilidades de Sociales*. Ambos factores formaban un modelo con buen ajuste. Sin embargo, los análisis de validez demuestran que el factor *Asertividad* no es sensible al riesgo de consumo. Estos resultados podrían deberse a que en la fase de conceptualización de los factores y posterior desarrollo de los ítems, se definió *Asertividad* desde un enfoque general, es decir sin contenidos relacionados con el consumo. Esto podría indicar que la alta o baja *Asertividad* por si misma no influye en el riesgo de consumo, y abre una línea de

investigación sobre las condiciones que se requieren para que la baja *Asertividad* sea considerada un factor de riesgo, tal y como sostienen algunos autores (Atabila y Castillo, 2013; Botvin, 2001; Epstein, Botvin, y Spoth, 2003; Espada y Méndez, 2003; García Rodríguez y López Sánchez, 1998; Nichols, Birnel, Graber, Brooks-Gunn y Botvin, 2013). Ante la nula capacidad del factor *Asertividad* para identificar sujetos de alto riesgo, se decidió eliminarlo. Máxime cuando su presencia lastraba a la baja la validez de la dimensión.

Quedó por lo tanto una dimensión formada por un único factor: *Habilidades Sociales*, por lo que el nombre de la escala pasó a ser el de su único factor. La capacidad para discriminar sujetos en función de las variables utilizadas para la validez de criterio es alta. El valor medio de la magnitud del efecto de las diferencias entre los grupos más distantes en cada una de las cuatro comparaciones es de $\delta = 0,99$, lo que indica que el 84% de los sujetos de bajo riesgo obtendría una puntuación inferior a la media de la obtenida por los de alto riesgo.

En consecuencia, las hipótesis 17, 18, 19 y 20 formuladas para una supuesta dimensión *Individual* de carácter general, han quedado confirmadas, al verificarse para cada una de las dimensiones que se agrupan bajo el concepto de factores individuales.



8.4. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Diseñar una escala psicosocial del riesgo del consumo de drogas ha sido una tarea ambiciosa en el número de variables y no exenta de dificultades y limitaciones, que a continuación se presentan.

1. Validez convergente

La validez convergente es el grado con el que las puntuaciones en una escala correlacionan con las puntuaciones en otra escala diseñada para medir el mismo constructo. En la presente investigación, correspondería al grado de covariación de las medidas en cada factor con la puntuación obtenida en otros instrumentos validados (Tablas 5.2, 5.3 y 5.4).

Se considera una limitación del presente estudio el no haber analizado la validez convergente. El motivo por el cual no se incluyeron medidas de los mismos factores, evaluadas por instrumentos validados, fue la limitación impuesta por los centros colaboradores de ajustarnos a una sesión de 50 minutos. Resultó imposible recoger más datos en el tiempo disponible.

A la vista de los buenos resultados, y de cara a nuevas investigaciones, se recomienda utilizar conjuntamente la escala resultante con otras ya validadas y contrastar ambas medidas.

2. Representatividad

El hecho de que la muestra estudiada pertenezca a una única provincia, impide generalizar los resultados a la población española. Así mismo, en referencia al proceso de selección, para el reclutamiento de la muestra participaron aquellos centros educativos que mostraron interés en colaborar en el estudio. Se invitó a participar a centros ubicados en entorno rural y urbano hasta alcanzar el tamaño de la muestra deseado, por lo que la selección de los centros fue por conveniencia.

3. Sesgos de deseabilidad

Los autoinformes de conductas socialmente rechazadas, como el consumo de drogas, han sido cuestionados por resultar poco fiables. Los críticos argumentan que los sujetos pueden declarar un mayor o menor consumo en función de cómo interpreten la norma social hacia el mismo. Sin embargo, diversos estudios (Brener, Collins, Kann, Warren y Williams, 1995; Johnston y O'Malley, 1985; Moncada y Pérez, 2001; Needle, McCubbin, Lorence, Hochhauser, 1983) ponen de manifiesto que los autoinformes son válidos y fiables para este tipo de conductas, cuando son empleados con adolescentes. Si la confidencialidad de las respuestas queda suficientemente garantizada, los adolescentes no encuentran beneficios o riesgos en contestar en uno u otro sentido.

No obstante, al objeto de dirimir la posible duda sobre la fiabilidad de los autoinformes, sería aconsejable utilizar la batería de evaluación de riesgo psico-social con otros tipos de medida y comparar si ambas covarían en la misma dirección (Whelan et al. 2014).

4. Puntos de corte

Se sugiere continuar la investigación en busca de criterios cuantitativos que ayuden en la toma de decisiones acerca del tipo de intervención preventiva más conveniente a cada población. En este sentido, se propone como líneas de trabajo futuro, utilizar la Teoría de Detección de Señales con los análisis de la Curva ROC para determinar puntos de corte que identifiquen que nivel aconseja profundizar en la valoración del área de riesgo, y en consecuencia una intervención preventiva.

5. Identificar perfiles de riesgo

Otra futura línea de trabajo es la identificación de perfiles asociados a un mayor riesgo. La presente batería de escalas de evaluación del riesgo ofrece un perfil personalizado. Teniendo en cuenta el carácter dinámico e interactivo de los factores de riesgo, es plausible plantear que ciertas combinaciones, es decir diferentes perfiles, pudieran indicar mayor riesgo que otras. La investigación tendría como objetivo identificar que combinación de factores producen sinergias que aumenten significativamente su capacidad para predisponer al consumo abusivo.

6. Otros factores psicosociales

Durante la búsqueda bibliográfica realizada en la primera fase de este trabajo se identificaron otros posibles factores de riesgo psicosocial. Debido a la menor evidencia hallada, y en aras a reducir el número de ítems a incluir en la escala, ya de por sí excesivo, se decidió limitar el número de factores y quedaron excluidos. Sin embargo, que hayan sido menos estudiados no les resta necesariamente capacidad predictiva.

Por ejemplo, la solidaridad o la participación voluntaria en iniciativas y organizaciones de ayuda al prójimo se relaciona con bajas tasas de consumo abusivo (atracones) de alcohol (Weitzman, Byrd y Auinger, 1999) o de cigarrillos (Lindstrom, Moghaddassi, Bolin, Lindgren y Merlo, 2003).

Sería aconsejable de cara a futuras investigaciones, ampliar la escala con nuevos predictores psicosociales del riesgo de consumo.

7. Validez predictiva

La presente investigación ha utilizado un diseño transversal de test-retest habitualmente utilizado para la validación de instrumentos de evaluación. Sin embargo, los diseños transversales no aportan suficiente evidencia para establecer relaciones causales o predictivas (Ballesteros, 2003). Ante la imposibilidad de utilizar un diseño experimental, los estudios de cohorte constituyen el diseño más potente para hacer inferencias causales dentro de los estudios epidemiológicos observacionales.

Por lo tanto una futura línea de investigación sería realizar un seguimiento longitudinal siguiendo una muestra, cohorte, para relacionar el eventual futuro consumo de drogas, con la presencia o ausencia en la actualidad de un determinado factor de riesgo o combinación de varios (Domingo-Salvany, Barrio, Brugal, 2003). Los estudios de cohorte permiten valorar si la medida de los factores de riesgo propuestos es válida, en tanto que pronostican la aparición del consumo, a la vez que posibilitan realizar inferencias a nivel individual y grupal.

8. Mejora de las propiedades psicométricas de algunos factores.

En general las propiedades psicométricas de las escalas analizadas son buenas. Sin embargo, algunas escalas como la *Individual-Estado* obtienen unos valores de consistencia interna y fiabilidad claramente mejorables. La relación entre el número de ítems de un test y su fiabilidad ya fue explicada independientemente por Spearman (1910) y Brown (1910) en lo que se conoció como la profecía de Spearman-Brown.

9. Aplicaciones

La función de la batería de escalas obtenidas en la presente investigación es proporcionar información sobre la intensidad y el perfil de riesgo de un individuo o de un grupo de adolescentes. De tal forma que se pueda justificar la toma de decisiones sobre la conveniencia de implementar una intervención preventiva, y qué factores de riesgo deben ser el objetivo de la misma.

La presente batería de escalas de evaluación es un instrumento de uso sencillo pero capaz de operar con un gran número de factores de riesgo, lo que lo hace útil para tomar decisiones sobre los objetivos a alcanzar con las intervenciones preventivas. A la hora de intervenir desde la prevención del consumo de drogas en grupos de adolescentes, la prevención universal ha sido la más desarrollada, con una marcada diferencia con la prevención selectiva. En la actualidad, la mayor parte de las intervenciones preventivas se basa en la asunción de que todos los jóvenes adolecen de las mismas carencias, y por lo tanto reciben la misma intervención universal.

Un instrumento de screening de fácil manejo como el obtenido en la presente investigación resulta conveniente para realizar evaluaciones de necesidades, detección precoz del riesgo, y adaptar las intervenciones a la población a la que se dirijan, ya sea a la población general (prevención universal), a grupos caracterizados por la presencia de factores de riesgo (prevención selectiva) o a individuos que presentan un alto riesgo (prevención indicada). También resulta un instrumento útil para evaluar la eficacia de programas de prevención complejos que precisan de diferentes medidas.

Chapter 8.

Discussion and conclusions

In this chapter, the results presented in the preceding chapters are discussed. Following the instrument's general structure, the chapter is organized into three large sections: Macrosocial, Microsocial, and Individual. The latter two are subdivided further into the three scales that comprise them. In each, the scope of the proposed objectives and the proposed hypothesis are discussed. The fourth section is dedicated to the limitations found throughout the research and future lines of work are proposed. Finally, the main conclusions are presented.

Contents

- 8.1 Macrosocial.
- 8.2 Microsocial.
- 8.3 Individual.
- 8.4 Limitations and future lines of research.
- 8.5 General conclusions.

The general objective of this work is to construct and validate a detection scale of the level of risk of drug use for adolescents, wherein three areas or fields of evaluation are identified: macrosocial, microsocial, and individual. The specific objectives pursued in each of them are:

4. Identify the risk factors related to the onset and maintenance of drug use by review of the scientific literature.
5. Construct a scale for each field of detection of the presence of risk factors.
6. Validate the scales.

The first part of this research work, the theoretical, is devoted to conceptual aspects and compliance with the first objective. In it, the risk factors are identified by reviewing the main theories that explain the onset and maintenance of drug use, and the scientific evidence that supports them are examined in depth. As a result, the factors that deserve to be taken into account in the construction of the scales are identified.

In the second part, the empirical, the design and validation process of the evaluation scales of the level of risk of drug use by adolescents is presented.

The design process, described in Study 1, began with a literature review whose objective was to identify the psychosocial factors associated with drug use. Once the factors were defined, a bank of items was constructed for each one of them. Next, 10 judge-experts assessed the comprehension and relevance of 246 items that were proposed for the 21 factors. The assessment by the judge-experts allowed reducing the number of items by one-half, to 122 items. Subsequently, the items were evaluated via a pilot test with 30 students.

The version resulting from the pilot test was subjected to a classic item analysis of the factor structure, reliability, the stability of the factor structure, and the criterion validity. The results from the analysis allowed obtaining seven scales that form a battery that evaluates the personal characteristics and those of the social environmental, from which solid evidence of their relationship with drug use was obtained.

The scales developed in this work have shown their usefulness for discriminating between risk levels with alcohol, tobacco, and cannabis use. In addition to the use, the scale scores also differentiate groups classified in terms of other variables that are related with the risk of developing abusive consumption. These variables were “the proportion of using friends,” “the age at first use,” and “the onset age of regular

use.” One result of this work was the acquisition of an instrument capable of evaluating the intensity and risk profile of drug use in adolescents, from which it can be stated that the proposed objectives have been achieved.

The discussion of the results obtained follows. Just like the remaining chapters, it is structured in three large sections: macro, micro, and individual. In each of them, the scope of the proposed objectives and the hypotheses are discussed.

8.1. Macrosocial Dimension.

Objective 1.a. Review the literature to identify the macrosocial factors related to the onset and maintenance of drug use.

Proposed first was the design for a scale combining the factors referring to cultural and social characteristics and that affect the risk of beginning to use drugs. In order to identify such factors, and to comply with objective 1.a, the theories and empirical evidence were reviewed in search of macrosocial factors with sufficient empirical support. The results of the review point to the existence of 4 cultural and social factors related, to a greater or lesser extent, to the onset and maintenance of drug use. These factors included *Socioeconomic Status* (Caria, Faggiano, Bellocco & Galanti, 2011; Isohanni, Oja, Moilanen & Koiranen, 1994; Goodman & Huang, 2002; Hanson & Chen, 2007; Lemstra, et al., 2008; Lowry, Kann, Collins & Kolbe, 1996; Richter, Vereecken, Boyce, Maes, Gabhainn & Currie, 2009); *Availability* (Hughes et al., 2010; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, 2012; Johnston, O’Malley, Bachman, Schulenberg & Miech, 2013; Manning, Best, Rawaf, Rowley, Floyd & Strang, 2001), *Legislation* (Asuni & Bruno, 1984; Solivetti, 2001), and *Perceived Norm* (Haines & Spear, 1996; Johnson, 2012; Lewis, 2011; Page et al., 2008).

Objective 1.b. Construct a detection scale of the presence of macrosocial risk factors.

Initially, the possibility of including the *Community Disorganization* factor was considered. However, the results from the literature review were sparse and contradictory, so its relation with drug use was not sufficiently proven. Furthermore, the very term, just as the theoretical part states, suffers from an operational definition (Winstanley et al., 2008). For these reasons, it was not included in the initial scale.

The proposed bank of items was subjected to the criteria of the judge-experts, and the initial structure of the *Macrosocial* dimension was formed by 17 items distributed in 4 factors. Following the psychometric analyses, the scale was reduced to eight items distributed in three factors (*Availability*, *Legislation*, and *Perceived Norm*).

One result of the analyses of the items and the factor structure was the elimination of the *Socioeconomic Status* factor. Our results are in line with preceding studies that suggest that there is no such relationship (Beckett et al., 2004; Megan, Patrick, Wightman, Schoeni & Schulenberg, 2012). This inconsistency could be due to the mediating effect of a social comparison process by which the subject perceives and assesses his/her degree of social vulnerability in terms of his/her aspirations and assumed rights by comparing him/herself with other persons who have better access to resources. The items forming the factor imply a comparative assessment (“I live in a poor neighborhood,” “I would like to live in a better neighborhood,” or “I live in a neighborhood with no possibility of healthy activities”). In addition, it is probable that adolescents have yet to active a process of social criticism that involves such a feeling of grievance, so this factor may not be important at this age.

The definitive dimension remaining was formed by three factors: *Availability*, *Legislation*, and *Perceived Norm*, all of which possess solid support backed by evidence.

Objective 1.c. Validate the Macrosocial scale/Determine the predictive value of the Macrosocial scale.

The *Macrosocial Scale* score, as well as that for each one of the three factors taken individually, presents significant differences when compared between the groups utilized in the construct validity analyses, and especially in that of use: young users and nonusers. Furthermore, the *Macrosocial Scale* obtained the highest magnitude of effect of the seven scales comprising the battery. With an effect size of $\delta = 1.54$, the probability of a young user having a higher score on the scale than a nonuser, i.e., having a higher macro risk, is 70.7%. The probabilities for the factors separately are 68.1% for *Availability*, 58.9% for *Legislation*, and 38.0% for *Perceived Norm*.

It is interesting to observe how the *Availability* and *Peer Pressure* factors, the latter of which belongs to the *Microsocial: Friends* dimension, are those that

discriminate best between users and nonusers or between having friends that use or do not. It is logical to think that *Peer Pressure*, understood as the influence exerted by friends/classmates who directly or indirectly encourage experimentation or maintenance of drug use, increases the perception of the *Availability* of the substance. This is because the very friends facilitate access to substances.

Finally, the Macrosocial scale demonstrated its validity for measuring the risk of use, and therefore, hypotheses 1, 2, 3, and 4 are verified.

8.2. Microsocial dimension.

The microsocial field refers to the environment of personal relationships and it was defined by the social contexts or areas in which adolescents establish direct relationships with the individuals they know. These are their friends, school, and family. This microsocial field structure advised developing three independent dimensions, one for each relationship environment, which would allow tracing a sensible profile for the peculiar characteristics of personal relationships, and therefore, tailor the interventions to the needs of the recipients.

8.2.1 Friends

Objective 2.a. Review the literature to identify the factors from the group of friends related to the onset and maintenance of drug use.

The search for evidence on the characteristics and dynamics of the group of friends related to a higher probability of use resulted in two general factors: *Peer Pressure* and *Leisure*. The former appears consistently associated with drug use, and some authors have described it as the best predictor (Díaz Negrete & García-Aurrecochea, 2008; Epstein, Bang & Botvin, 2007; Jenkins, 1996; Swadi, 1992). Its strength in predicting use is enhanced by the close link with other strong factors, such as *Availability* (Borsari & Carey, 2001; von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler & Wittchen, 2002) or the *Perception of Risk*, determined by dynamics of social influence. This combination of factors produces synergies that hinder understanding the role that each one plays in the overall risk of consumption.

However, regardless of the degree of overlap that might exist between factors, the convincing nature with which the *Peer Pressure* factor emerges in the literature review leaves no doubt as to its important role in explaining the risk of onset and maintenance of use.

Leisure was the second factor identified in the review. This refers to leisure habits associated to use. This factor has weaker empirical support. Whether this is due to arousing less interest in the researchers or due to the difficulty of its measurement, the evidence found was less, however sufficient to be considered a risk factor to explore.

Objective 2.b. Construct a detection scale for the presence of risk factors in the group of friends.

Once the two factors related to the group of friends were identified, 20 items were written, 10 for each factor. The group of judges-experts discarded 4 items for the *Peer Pressure* factor and 4 for the *Leisure* factor. Therefore, Objective 2.b was achieved, that of designing an initial detection scale for the presence of risk factors in the group of friends composed of 12 items.

Objective 2.c. Validate the *Microsocial: Friends* scale and determine its predictive value.

The results of the analyses of the internal structure of the *Microsocial dimension: Friends* support the theoretical proposal of a scale formed by two factors: *Peer Pressure* and *Leisure*. During the analysis process, 2 items were eliminated from the *Pressure* factor and 3 were from the *Leisure* factor. The resulting model, composed of 7 items, showed a good fit and high validity in each of the four criteria utilized. The scale seems more sensitive when it tries to discriminate the nonusers (Group 1) in the *Age of First Use* and *Onset Age of Regular Use* variables from the remaining groups. This sensitivity with the group of nonusers could be due to the stratification of those who declare some kind of use, which has resulted in six groups in the first variable and five in the second.

The *Peer Pressure* factor was by a large margin the one that obtained the best internal structure and validity. The value of the effect size ranged between $\delta = 1.52$ and 2.88 upon comparing the means of the high and low risk groups in the four validity criteria used. These results could be explained by the fact that association with equals who use not only generates a regulatory and group

modeling effect, but it also strengthens the availability of drugs. Use by the closest peers facilitates access (von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler & Wittchen, 2002).

The results of this study coincide with a large number of authors who consider *Peer Pressure* to be the best predictor for drug use (Díaz Negrete & García-Aurrecochea, 2008; Epstein, Bang & Botvin, 2007; Graña & Muñoz-Rivas, 2000; Jenkins, 1996; Swadi, 1992). In our sample, *Peer Pressure* is the factor that discriminates best between users and nonusers, followed by the *Accessibility* factor.

Regarding the *Leisure* factor, despite the confirmatory analysis indicating that the fit of the model is adequate in the posttest, as well as the loads corresponding to each item within its factor, the validity test results show that it is unable to discriminate between subjects grouped into any of the four risk criteria that were used to analyze the validity. Furthermore, the scale formed by both factors obtains values inferior to those obtained by the *Peer Pressure* factor. These results are consistent with the least empirical support that was found in the literature review phase. In light of the results, the factor was eliminated.

On the *Friends* dimension level, the four hypotheses proposed (5, 6, 7, and 8) were verified. The scale is capable of distinguishing between high risk factors, with the *Peer Pressure* factor that which best explains the good results obtained.

8.2.2 School

Objective 2.d. Review the literature to identify the **school factors** related with the onset and maintenance of drug use.

Resulting from the scientific literature review, three factors related to the attitude and behavior towards the school environment were established. *Attitude towards education* was the first, which is associated with less academic involvement, and consequently, poorer performance (Diego, Fiel & Sanders, 2003; Enmangar, Lamín & Jacobsen, 1996; Bergson, Horcos & Beatriz, 2003; García & Carrasco, 2003; Morales, Arriza, Nebot, Pérez & Sánchez, 2008). Another factor, for which evidence was found, although to a lesser extent, was the motivation for developing a role in society, and, more specifically, for carrying out a professional function. This was called *Professional Projection* (Linier, Meta, Okey & Kim, 1994;

Nicholson, Higas, Turner, James, Siclo & Putt, 1994). Finally, little or no *Participation* in school life, understood as feeling a bond with the school that goes beyond mere academics, was associated with the appearance of deviant behavior, among which the use of alcohol, tobacco, and cannabis are included (Dornbusch, Erickson, Laird & Wong, 2001; Ellickson & Hays, 1992; O'Donnell, Hawkins & Abbott, 1995).

Objective 2.e. Construct a scale for detecting the presence of school risk factors.

A group of items for each of the three factors was designed and selected. There were 10 items for the *Attitude towards education* factor, defined as little motivation for studying and a belief that studying serves no purpose, associated with little effort and failing at school. Six items were for *Professional Projection*, which expresses that the adolescent does not show a vocation that motivates them to develop their capabilities, or does not identify with an aspiration, or personal, social, or professional goal. The third factor, *Participation in school life*, contained five items consisting in the perception of school activities as being boring and alien, and refusing to participate in them. In all, 21 factors were submitted to the criteria of a group of experts, which, depending upon their relevance and proper wording, nine were eliminated. The approved scale consisted of 12 items.

Objective 2.f. Validate the *Microsocial: School* scale and determine its predictive value.

The *Microsocial: School* scale responded favorably to the psychometric analyses and maintained the original factorial structure formed by three factors. As for the number of items, during the validation process it was reduced from twelve to nine.

At the factorial level, the stability of the proposed theoretical structure is explained by the robust evidence associating drug use and other maladaptive behaviors with a less favorable attitude towards school (Estévez, Murgui, Moreno & Musitu, 2007; Martínez-Ferrer, Murgui-Pérez Musitu-Ochoa & Monreal-Gimeno, 2008), more negative attitudes towards school, teachers and studying (Adair, Dixon, Moore & Sutherland, 2000; Molpeceres, Lucas & Pons, 2000), and poor school self-esteem (Andreou, 2000; Cava et al., 2006; Estévez, Martínez et al., 2006; O'Moore & Kirkham, 2001).

The resulting *Microsocial: School* scale presents good discrimination between individuals depending upon the *onset age of regular use*. The probability of a nonuser scoring below the mean of those who initiated use at an early age is 70% ($\delta = 1.57$). Likewise, the *Microsocial: School* scale has shown to be effective in identifying individuals depending upon to the presence of *Friends who use* ($\delta = 0.85$), of which 55% of those reporting that none of their friends use alcohol, tobacco, or cannabis score below the mean of those who say that most of their friends do consume. For the other two criteria employed in the validity analysis, *use* and *age of first use*, the resulting effect size was moderate-large: $\delta = 0.74$ and $\delta = 0.78$, respectively.

In conclusion, the *School* scale offers some scores that are significantly different between subjects with high and low risks of use in the four criteria analyzed. While the magnitude of these differences is large for the criteria of *friends who use* and *age of regular use*, it is moderate-large for the criteria of *use* and *age of first use*. Hypotheses 9, 10, 11, and 12 are therefore verified.

8.2.3 Family

Objective 2.g. Review the literature to identify the **family factors** related to the onset and maintenance of drug use.

As discussed in Chapter 5, the scientific literature was reviewed in search of evidence that identified what family characteristics predict the appearance of the first use of alcohol, tobacco, and other drugs in adolescents. Said search found abundant references that suggested the existence of 5 factors belonging to the family: *Attitude of the parents towards drugs* (Andrews, Hops, Ary, Tildesley & Harris, 1993; Bahr, Hoffman & Yang, 2005; Brook et al., 1986; Lloret, Segura & Carratalá, 2008; Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Wen et al., 2005), *Family climate and Household assessment* (Bradshaw, Glaser, Calhoun & Bates, 2006; Dekovic, Wissink & Meijer, 2004; Demaray & Malecki, 2002; Elzo, Lidón & Urquijo, 1992; Lambert & Cashwell, 2003; Macià, 2000; Recio, 1992), *Monitoring and control* (Barnes & Farrell, 1992; Cottrell et al., 2003; DiClemente et al., 2001; Forehand et al., 1997; Li, Feigelman, et al., 2000; Li, Stanton, et al., 2000; Rai et al., 2003; Richards et al., 2004; Soenens et al., 2006; Svensson, 2000; Webb et al., 2002), and *Educational Style* (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida &

Secades-Villa, 2012; Čablová, Pazderková & Miovský, 2013; García & Gracia, 2009, 2010; Laghi, Lonigro, Baiocco & Baumgartner, 2013).

Objective 2.h. Construct a scale for detecting the presence of family risk factors.

The *Microsocial: Family* dimension started with the five conceptual factors identified in the review of the theories on the onset and maintenance of the use of alcohol, tobacco, and other drugs, and in the results from research. It started with an initial proposal of 50 items, which were *Parental attitude* (10), *Family climate* (15), *Household assessment* (9), *Monitoring and Control* (10), and *Family style* (6). These were subjected to the criteria of 10 judges-experts, from which 24 items were selected to make up the *Family* dimension of risk.

Objective 2.i. Validate the *Microsocial: Family* scale and determine its predictive value.

The analysis of the internal structure began with the initial structure of five factors that did not fit, and following an iterative refinement process, a structure of three factors that was subjected to validity analysis was determined.

The results from the analyses indicate that the family characteristic that best discriminates between users and nonusers is the attitude of the parents towards drug use. The score difference for the *Parental Attitude* factor is significant and with high magnitudes of effect not only in comparing users with nonusers ($\delta = 0.87$; the probability that a user has a higher score than a nonuser is 51%), but also in the remaining indicators related to use such as the proportion of user friends ($\delta = 0.69$, 43% of probability), the age that they used for the first time ($\delta = 1.22$, probability of 62.2%), and the onset age of regular use ($\delta = 1.67$, probability of 75%). Furthermore, its fit in the scale structure was adequate, so it became part of the definitive scale. These results are supported by those found in previous research on the influence of *Parental Attitude* in drug use by offspring, and are described in Chapter 3.3.2 (p. 93).

From the four remaining factors in the initial proposal, a lone factor called *Family Climate* emerged, and that in some way conceptually includes the four due to these referring to the assessment based on relational aspects like expression of affection, confidence, support, and communication. These dimensions of the relation form the family environment or climate wherein children express themselves and are educated. Analysis of the *Family Climate* factor resulted in two

factors: *Positive Climate* and *Negative Climate*, whose measures are related to the degree of use of adolescents and the remaining variables utilized for calculating the construct validity.

In conclusion, the *Microsocial: Family* dimension remained formed by three factors: *Parental Attitude*, *Positive Family Climate*, and *Negative Family Climate*. The factor that contributes most to the scale is *Parental Attitude*. However, the presence of the other two factors improves the validity of the scale and clarifies the profile of risk, allowing to learn what aspects require greater attention when facing justification of a preventive intervention. The scale showed an excellent capacity for identifying youth at risk, whose scores are quite different from low risk subjects. Hypotheses 13, 14, 15, and 16 are therefore verified.

8.3. Individual dimension

This research work assumes that there is a set of factors related with drug use that correspond to the idiosyncrasies of each individual, i.e., that can be considered more or less stable individual characteristics. These factors would be those responsible for explaining how individuals, with similar social environments, establish different relationships with alcohol, tobacco, and other drugs. Therefore, the initial approach was that the degree of presence of the individual factors would predict the risk of use, and that their intensity would converge into a single index that would reveal the level of individual risk.

Objective 3.a. Review the literature to identify the **personal factors** related to the onset and maintenance of drug use.

The literature searches in the research results and the theoretical reviews revealed seven individual factors associated with higher drug use in adolescence: *Low Assertiveness*, *High Impulsiveness*, *Sensation Seeking Personality*, *Scarce Social Skills*, *Low Self-esteem*, *Misinformation*, and *Scarce Perception of Risk*.

The initial approach was that there would be one general dimension called "Individual Risk Factor" that would include the seven factors found, and, therefore, hypotheses 17, 18, 19, and 20 were formulated that predict that the subjects classified as high risk according to the four criteria of validity will obtain higher scores on the *Individual* scale than the rest.

Objective 3.b. Construct a scale for detecting the presence of individual risk factors.

To construct the scale, 91 items were drafted that referred to the 7 identified factors: *Assertiveness* (16), *Impulsiveness* (11), *Sensation Seeking* (13), *Social Skills* (13), *Self-esteem* (10), *Misinformation* (16), and *Scarce Perception of Risk* (12).

Their relevance and correct wording were evaluated by the team of judge-experts. From the evaluation process, 42 items were selected that formed the detection scale of individual risk factors tested.

Objective 3.c. Validate the individual scale/Determine the predictive value of the individual scale.

Contrasting the initial theoretical proposal of 7 factors grouped into a single dimension, the factor analysis determined a structure of 6 factors distributed in three independent dimensions. The first dimension, *Individual-State*, is composed of two factors related to the knowledge of the effects or consequences of use: *Risk Perception* and *Knowledge*. The second dimension, *Individual-Trait*, includes three factors that concern personality characteristics, and therefore, presumably are more stable: *Impulsivity*, *Sensation Seeking 1* (interest in risk activities in general), and *Sensation Seeking 2* (curiosity in drug use as a vehicle for exploring new experiences). In third, a dimension was proposed that groups factors that refer to the manner of relating with others: *Social Skills* and *Assertiveness*, which was called: *Communication Skills*.

Following the resulting structure, the results from each of the three scales are discussed next.

8.3.1 Individual-State

The *Individual-State* dimension includes two factors specific to drug use, which are the *Risk Perception* and *Knowledge* about drugs. Both of them concern information the individual holds about drugs, their harmful effects the former and general issues the latter. *Risk Perception* is the factor that contributes most to the scale, while the *Knowledge* factor increases the power of the *Individual-State* dimension, making the total scale's score increase.

These results are consistent with those found by numerous studies that conclude that risk perception and use maintain an inversely proportional relationship (de la Villa Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006; Johnston et al., 1989; Lookatch, Dunne & Katz, 2012; Hibell et al., 2012; Observatorio Español sobre drogas, 2008, 2009).

The *Individual-State* scale presents a good fit and discriminates well based on the four criteria utilized for determining the validity. The average value of the magnitude of effect of the differences between the most distant groups in each of the four criteria employed is $\delta = 1.11$ for the general score of the *Individual-State* dimension, which means that 86% of the low-risk subjects will obtain a score below the average score obtained by high-risk subjects (Iraurgi, 2009). Therefore, the four hypotheses posed for the *Individual* scale are verified on the *Individual-State* subscale.

8.3.2 Individual-Trait

The results from the psychometric analyses show that the Individual-Trait scale has a high capacity for identifying individuals with high scores on the criteria related to abusive use of alcohol, tobacco, and/or cannabis. As such, the average score of the scale on the four criteria was $\delta = 1.23$, meaning that 88% of the low-risk group will obtain a score below the average score obtained by the high-risk group.

The three factors that make up the dimension are relevant and provide discriminating capacity. The *Impulsivity* factor presents a satisfactory magnitude of effect (four criteria average $\delta = 0.80$), which is consistent with the abundant evidence identifying *Impulsivity* as a predictor in each one of the different phases of the onset and maintenance of drug abuse (Perry & Carroll, 2008). These results are consistent with those found by other authors, who conclude that young people who show greater impulsivity are more likely to initiate use (Adan, 2012; Allen, Moeller, Rhoades & Cherek, 1998; Calvete & Estévez, 2009; Case, 2007; Chassin, Flora & King, 2004; Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring & Bohman, 1998; Moeller & Dougherty, 2002).

As for the other factor, *Sensation Seeking*, it was divided into two types depending upon whether the search behavior is directed towards drug use or other activities related to high arousal. The first factor is specific to drug use, and therefore it is not surprising that the results confirm that it discriminates between the risks of abuse better than the generic factor.

On the one hand, these results are in line with evidence that relates *Sensation Seeking* with *Impulsivity* (Michalczuk, Bowden-Jones, Verdejo-García & Clark, 2011; Stewart *et al.*, 2004; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta & Kraft, 1993). On the other, they are consistent with the tremendous amount of research that concludes that a relationship exists with the onset and use of alcohol, tobacco, cannabis, and other drugs (Cárdenas & Moreno-Jiménez, 1989; Cloninger, Sigvardsson & Bohman, 1988; Del Barrio & Alonso, 1994; Lookatch, Dunne & Katz, 2012; Martínez-Lorca & Alonso-Sanz, 2003; Sáiz *et al.*, 1999, 2001; Sargent, Tanski, Stoolmiller & Hanewinkel, 2010; Wills, Vaccaro & McNamara, 1994).

In short, the *Individual-Trait* scale is valid for detecting the presence of personality traits associated to greater alcohol, tobacco, and cannabis use in adolescents. Therefore, hypotheses 17, 18, 19, and 20 are verified.

8.3.3 Social Skills

The scale's initial composition included the two factors that the literature review recommended, namely *Assertiveness* and *Social Skills*. Both factors formed a model with good fit. However, the validity analyses show that the *Assertiveness* factor is not sensitive to the use risk. These results could be due to that in the conceptualization phase of the factors and subsequent development of the items, *Assertiveness* was defined from a general approach, i.e., without contents related to use. This could indicate that high or low *Assertiveness* by itself does not influence the risk of use, and opens a line of research on the conditions that are required in order for low *Assertiveness* to be considered a risk factor, just as some authors maintain (Atabila & Castillo, 2013; Botvin, 2001; Epstein, Botvin & Spoth, 2003; Espada & Méndez, 2003; García Rodríguez & López Sánchez, 1998; Nichols, Birmel, Graber, Brooks-Gunn & Botvin, 2013). Due to the inability of the *Assertiveness* factor to identify high-risk subjects, it was decided to eliminate it, especially when its presence burdened the dimension's low validity.

Therefore, one dimension remained formed by a single factor: *Social Skills*, so the scale's name became that of its lone factor. The capacity to discriminate between

subjects in terms of the variables used for the criterion validity is high. The average value of the magnitude of effect of the differences between the most distant groups in each one of the four comparisons is $\delta = 0.99$, which indicates that 84% of the low-risk subjects will obtain a score below the average score of the high-risk group.

Consequently, hypotheses 17, 18, 19, and 20, formulated for a supposed *Individual* dimension of a general nature, have been confirmed, by being verified for each one of the dimensions that are grouped under the concept of individual factors.

8.4. Limitations of the study and future lines of research

Designing a psychosocial scale of the risk of drug use has been an ambitious task in the number of variables and not without difficulties and limitations, which are presented next.

1. Convergent validity

Convergent validity is the degree to which the scores on one scale correlate with the scores on another scale designed to measure the same construct. In the present research, it would correspond to the degree of covariance of the measurements in each factor with the score obtained on other validated instruments (tables 5.2, 5.3, and 5.4).

Not analyzing the convergent validity is considered a limitation of the present study. The reason for not including measurements of the same factors, evaluated by validated instruments, was the limitation imposed by the collaborating schools to adapt the assessment to a 50-minute session. Compiling more data within the time available proved impossible.

In light of the good results, and facing new research, using the resulting scale together with others already validated and contrasting both measures is recommended.

2. Representativity

The fact that the studied sample belongs to a single province prevents generalizing the results to the Spanish population. Likewise, for the selection process, schools that expressed an interest in collaborating in the study were those that were recruited. Rural and urban environment schools were invited to participate until the desired sample size was reached, so the school selection was for convenience.

3. Desirability bias

Self-reports on socially rejected behaviors, like drug use, have been questioned as being unreliable. Critics argue that the subjects can declare more or less use depending upon how they interpret the social norm towards it. However, several studies (Brener, Collins, Kann, Warren & Williams, 1995; Johnston & O'Malley, 1985; Moncada & Pérez, 2001; Needle, McCubbin, Lorence, Hochhauser, 1983) show that self-reports are valid and reliable for these types of behaviors when they are used with adolescents. If the confidentiality of the responses is sufficiently guaranteed, adolescents do not receive benefits or run risks by responding in either direction.

However, in order to settle possible doubts on the reliability of self-reports, using the psychosocial risk evaluation battery with other types of measure and comparing whether both covary in the same direction would be advisable (Whelan et al., 2014).

4. Cut-off points

Continuing research in search of quantitative criteria that assist in making decisions about the type of preventive intervention that is most appropriate for each population is suggested. In this sense, proposed as lines of future work is to use the Signal Detection Theory with ROC curve analyses to determine cut-off points that identify the recommended level of exploring in the area of risk assessment, and consequently, a preventive intervention.

5. Identify risk profiles

Another future line of work is to identify profiles associated with greater risk. This risk assessment battery offers a personalized profile. Keeping in mind the dynamic and interactive character of risk factors, suggesting that certain combinations, i.e. different profiles, could indicate greater risk than others could is

plausible. The research would aim at identifying what combination of factors produce synergies that significantly increase their ability for predisposition to abusive use.

6. Other psychosocial factors

During the literature search conducted in this work's first phase, other possible psychosocial risk factors were identified. Due to less evidence found, and in order to reduce the number of items included in the scale, which was already excessive, it was decided to limit the number of factors, and therefore, they were excluded. However, by being studied less does not necessarily reduce their predictive capacity.

For example, solidarity with or voluntary participation in initiatives and organizations that help others is related with low levels of abusive consumption (binge drinking) of alcohol (Weitzman, Byrd & Auinger, 1999) and cigarettes (Lindstrom, Moghaddassi, Bolin, Lindgren & Merlo, 2003).

For further research, expanding the scale with new psychosocial predictors of the risk of use would be advisable.

7. Predictive validity

This research used a cross-sectional test-retest design commonly used for the validation of assessment tools. Cross-sectional designs, however, do not provide sufficient evidence for establishing causal or predictive relationships (Ballesteros, 2003). Faced with the impossibility of using an experimental design, cohort studies constitute the most powerful design for making causal inferences within observational epidemiological studies.

Therefore, a future line of research would be to conduct a longitudinal follow-up of a sample, a cohort, to relate possible future drug use with the presence or absence at the present time of a specific risk factor or a combination of several (Domingo-Salvany, Barrio, Brugal, 2003). Cohort studies allow assessing whether the measure of the proposed risk factors is valid, in so far as they predict the emergence of use at the same time that they make individual and group inferences possible.

8. Improvement of the psychometric properties of some factors.

Generally, the psychometric properties of the scales analyzed are good. However, some scales, such as the *Individual-State*, obtain some internal consistency and reliability values that are clearly improvable. The relationship between the number of items in a test and its reliability was already explained independently by Spearman (1910) and Brown (1910) in what became known as the Spearman-Brown prophecy formula.

9. Applications

The function of the battery of scales obtained in this research is to provide information of the intensity and the risk profile of an individual adolescent or a group of them so the decision about whether to implement a preventive intervention can be justified in addition to what risk factors should be its objective.

This assessment battery of scales is an easy-to-use instrument, yet one that is capable of operating with a large number of risk factors. This makes it useful for making decisions about the objectives to be achieved with the preventive interventions. When intervening in drug use prevention in groups of adolescents, universal prevention is that most developed, with a marked difference with selective prevention. Currently, most preventive interventions are based on the assumption that all young people suffer same shortcomings, and therefore, they receive the same universal intervention.

An easy-to-use screening tool, like that obtained in this research, is suitable for conducting needs assessments, early detection of risk, and for adapting the interventions to the population they are directed, whether it is the general population (universal prevention), groups characterized by the presence of risk factors (selective prevention), or individuals who are at high risk (indicated prevention). This tool is also useful for evaluating the effectiveness of complex prevention programs that specify different measures.

Referencias



- Acton, G.S. (2003) Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use and Misuse*, 38 (1), 67-83
- Adan, A. (2012). Functional and dysfunctional impulsivity in Young binge drinkers. *Adicciones*, 24, 17-22.
- Agar, M. (2003). The story of crack: towards a theory of illicit drug trends. *Addiction research and theory*, 11, 3-29.
- Agrawal, A., Lynskey, M.T., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Heath, A.C. (2007) Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 45, 31-34
- 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 Sociological Review*, 44, 636-55.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior en J.Khul y J. Beckman (eds.) *Action-control: from cognition to behavior*. Heildelberg: Springer: 11-39.
- Ajzen, I (1988) *Attitudes, personality and behavior*, Milton Keynes. Open University Press.
- Ajzen, I. y Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. y Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alati, R., Maloney, E., Hutchinson, D.M., Najman, J.M., Mattick, R.P., Bor, W. y Williams, G.M. (2010). Do maternal parenting practices predict problematic patterns of adolescent alcohol consumption?. *Addiction*, 105, 872-880 doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02891.x
- Allamani, A., Voller, F., Decarli, A., Casotto, V., Pantzer, K., Anderson, P, Gual, A., Matrai, S., Elekes, Z. et al. (2011). Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress. , *Substance Use and misuse*, 46 (10), 1288-1303.
- Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M. y Cherek, D. R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 137-145
- Alonso Sanz, C. y Del Barrio Gándara, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. *XXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Bilbao.
- Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J.M., Jiménez García-Pascual, R. y Martínez Higuera, I. (2004). Prevención de la A a la Z. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid
- Aluicio, G.A. y Revellino, M. (2010) Relación entre autoeficacia, autoestima, asertividad, y rendimiento académico, en estudiantes que ingresaron a Terapia ocupacional, el año 2010. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 11 (2) DOI: 10.5354/0717-6767.2011.17775
- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16 (2). 289-296
- Álvarez, J. L., Torregrosa, J. R. y Garrido L., A. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Siglo XXI. Madrid.
- Andrews, J. A., Hops, H., Ary, D., Tildesley, E., y Harris, J. (1993). Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *Journal of Early Adolescence*, 13, 285-310
- Ary D.V., Duncan T.E., Duncan S.C. y Hops H. (1999) Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 217-230
- Ashby, T.; Baker, E. y Botvin, G.J. (1989): Dimensions of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 473-478.
- Aspy, C.B., Vesely, S.K., Oman R.F., Rodine, S., Marshall, L. y McLeroy, K. (2007) Parental communication and youth sexual behavior. *J. Adolesc.*, 30. 449-466
- Asuni, T., Bruno, F. (1984). Summary of an eleven-country study of socio-legal measures to combat drug abuse and related crime. *Bulletin on Narcotics*, 36 (3), 3-8.
- Atabila, A. y Castillo, E.C. (2013) Effect of a Smoking Prevention Program on Smoking-Related Knowledge, Refusal Self-Efficacy, Attitude, and Intention of Non- Smoking Adolescents, *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 3, 26-32.

- Ary, D.V., Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Hops, H. (1999) Adolescent problem behaviour: the influence of parents and peers. *Behaviour research and Therapy*, 37 (3) 217-230.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. 2nd Ed. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D. 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.
- Bahr, S.J., Hoffman, J.P. y Yang, X. (2005) Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *The Journal of Primary Prevention*, 26 , 529-551
- Baker, TB, Brandon, TH y Chassin, L.(2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491
- Ballester Arnal, R. y Gil Llario, M.D. (2002) *Habilidades sociales*. Ed. Síntesis. Madrid
- Ballesteros, J. (2003) Revisión de los principales diseños de investigación en drogodependencias . Niveles de evidencia. En Ballesteros, J. , Torrens, M. y Valderrama, J.C. Manual introductorio a la Investigación en Drogodependencias. SET.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barbosa González, A., Segura López, C.A., Garzón Muñoz, D. y Parra Bustos, C. (2014) Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1). 53-69. Doi: dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.04
- Barca Lozano, A., Otero López, J.M., Mirón Redondo, L., Santórum, P. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25,103-109.
- Barkin, S.L., Smith, K.S. & DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*, 30: 448-454.
- Barnes, G.M. & Farrell, M.P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 54 (4), 763- 776.
- Barnes, G.M., Welte, J.W., Hoffman, J.H. y Dintcheff, B.A. (2005) Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (2), 165-174
- Barrio del, V. y Alonso, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 5, 69-81.
- Bathany, D., Muller, KW., Benken, F. y Wolfing, K. (2009) Computer game playing: clinical characteristics of dependent and abuse among adolescents. *WienerKlinischeWochenschrift*, 121 (15-16), 502-9.
- Bauman, KE., Carver, K. y Gleiter, K. (2001). Trends in parent and friend influence during adolescence: the case of adolescent cigarette smoking. *Addictive Behaviours*, 26, 349-361.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1- 103.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American psychologist*, 35. 639-650.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414. Nacional Council on Family Relations
- Becker, B.J. (1997). Meta-analysis and models of substance abuse prevention. En W.J. Bukoski (Ed.), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs* (pp. 96-119). Rockville, MD: NIDA.
- Beckett, H., Heap, J., McArdle, P. et al. (2004) Understanding problem drug use among young people accessing drug services: A multivariate approach using statistical modelling techniques . *Home Office Online Report 15/04*. At <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs04/rdsolr1504.pdf>; accessed 08/02/2007,
- Becoña E. (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J.R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F. y Gabrhelik, R. (2013) Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25, 292-298. doi: 10.7334/psicothema2012.294
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M.A. y Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24, 253-268
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R. y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19,1-10
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J.R. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones*, 26, 77-86
- Belin, D., Mar A.C., Dalley, J.W., Robbins, T.W. & Everitt, B.J. (2008). High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine-Taking. *Science*, 320, 1352
- Bellis, A.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J.A., Mendes, F., Schnitzer, S. & Phillips-Howard, P. (2008) Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 2008, 8:155 doi:10.1186/1471-2458-8-155
- Benotsch, E.G., Jeffers, A.J. Snipes, D.J., Martin, A.M., Koester, S. (2013). The five factor model of personality and the non-medical use of prescription drugs: Associations in a young adult sample. *Personality and Individual Differences*, 55, 852-855.
- Bentler, P. M. y Bonnet, D. G. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Berjano, E. y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.
- Berkowitz, A. D. (2004). The social norms approach: Theory, research, and annotated bibliography. Recuperado en Octubre 24, 2005, from <http://www.alanberkowitz.com>
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11(1).
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). *Drug Use Disorders Identification Test manual*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet 22–31.
- Beyers JM, Bates JE, Pettit GS, et al (2003) . Neighborhood Structure, Parenting Processes, and the Development of Youths' Externalizing Behaviors: A Multilevel Analysis. *Am J Community Psychol* ;31:35–53.
- Bilbao, A. et al (2008). Loss of the Ca²⁺/calmodulin-dependent protein kinase type IV in dopaminergic neurons enhances behavioral effects of cocaine *Proceedings of the National Academy of Science*. 105(45):17549-54. doi: 10.1073/pnas.0803959105.
- Bjarnason T (1995). Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. *Addiction*, 90, 555–559.
- Block, R.I., Farnham, S., Braverman, K., I Noyes, R. Jr. y Ghoneim, M.M. (1990) Long-Term Marijuana Use and Subsequent Effects on Learning and Cognitive Functions Related to School Achievement: Preliminary Study. In Spencer, J.W. & Boren J.J. Residual Effects of Abused Drugs on Behaviour. 96-111. National Institute on Drug Abuse. US Government Printing Office, Washington, DC.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2006). Illicit drug use and dependence in a New Zealand birth cohort. *Aust NZ J Psychiatry*, 40: 156–63.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. y Patton, G.C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99: 1520–8.
- Borsari, B. & Karel, K.B. (2001) Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13. 391–424
- Botvin, G. (2001) *Life Skills Training Program*. Princeton (NJ): Princeton Health Press.
- Bradshaw, C., Glaser, B., Calhoun, G., y Bates, J. (2006). Beliefs and Practices of the Parents of Violent and Oppositional Adolescents: An Ecological Perspective. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 245-263.

- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez Bernardos, M. L., Bersabe, R. M. y Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabe, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19, 372-382.
- Brener N, Collins L, Kann L, Warren Charles W, Williams B. (1995) Reliability of the Youth Risk Behaviour Survey questionnaire. *Am J Epidemiol*, 141. 575-580
- Bricker, J.B., Peterson, A.V.Jr., Sarason, I.G., Andersen, M.R. y Rajan, K.B.(2007). Changes in the influence of parents' and close friends' smoking on adolescent smoking transitions. *Addictive Behaviours*, 32(4), 740-757.
- Bricker, J.B., Rajan, K.B., Zalewski, M., Andersen, M.R., Ramey, M. y Peterson A.V. (2009) Psychological and Social Risk Factors in Adolescent Smoking Transitions: A Population-Based Longitudinal Study. *Health Psychology*, 28 (4), 439-447
- Brook, JS, Brook, DW, Gordon, AS, Whiteman, M. y Cohen, P. (1990) The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 116 (2).111-267.
- Brook JS, Whiteman M, Gordon AS y Brook DW. (1990) The role of older brothers in younger brothers' drug use viewed in the context of parent and peer influences. *J. Genet Psychol.*, 15 1:59-75.
- Brook JS, Whiteman M, Finch SJ, Cohen P. (1996) Young adult drug use and delinquency: childhood antecedents and adolescent mediators. *J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35: 1584-1592.
- Brook JS, Whiteman M, Balka EB, Win PT y Gursen, M.D. (1998) Similar and different precursors to drug use and delinquency among African Americans and Puerto Ricans. *J Genet Psychol*. 159: 13-29.
- Brook, J.S., Adams, R.E., Balka, E.B. y Johnson, E. (2002) Early adolescent marijuana use: risk for the transition to the adulthood. *Psychological medicine*, 32. 79-91.
- Brook, J. S., Balka, E. B., Crossman, A. M., Dermatis, H., Galanter, M. y Brook, D. W. (2010). The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *American Journal on Addictions*, 19, 534-542
- Brotherhood, A. y Sumnall, H. (2011) European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Lisbon: European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction
- Brown, W. (1910). Some experimental results in the correlation of mental abilities. *British Journal of Psychology*, 3, 296-322
- Brown L. y Alexander J. (1991). Self-Esteem Index. PRO-ED, Texas.
- Brown, S.A., Christiansen, B.A. y Goldman, M.S. (1987) The Alcohol Expectancy Questionnaire: An Instrument for the Assessment of Adolescent and Adult Alcohol Expectancies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 48.
- Browne, M. V. y Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21, 230-58.
- Bruvold, W. H., (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872-880.
- Bry, B. H., P. McKeon y R. J. Pandina. 1982. Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (4): 273-79.
- Butters, J.E. (2004) The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: education, prevention and policy*, 11 (5), 381-390.
- Caballo, V.E. (2007) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI. Madrid.
- Čablová, L., Pazderková, K., Miovský, M. (2013) Parenting styles and alcohol use among children and adolescents: A systematic review . *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 1-13. doi:10.3109/09687637.2013.817536.
- Calafat A, Fernández C, Juan M y Becoña E (2008). 'Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments', *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15 (2), 189 – 200

- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19, 217-223
- Calafat, A. y Juan, M., (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15(2), 261-278.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M y Becoña, E. (2007a). Weekend nightlife recreational habits: Prominent intrapersonal risk factors for drug use? *Substance Use & Misuse*, 42: 1443-1454.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña E. (2005). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tienen implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17, 145-155.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007b). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-131.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*, Irefrea.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.
- Calvete, E. y Estévez A. 2009. Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 1: 49-56
- Camacho-Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, (13) Mar, 91-119.
- Cano, L. y Berjano, E. (1988). *El uso de drogas entre la población escolar. En: Uso de drogas en población escolar*. Valencia: Conselleria de Treball i Seguretat Social.
- Cantú, L.M., Verduzco, A., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en la población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25:247-255.
- 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.
- Carey, K. B. (2002). Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (11), 1345 –1361, doi:10.1016/S0005-7 967 (0 2) 00 03 9- 6 .
- Caria M.P., Faggiano, F., Bellocco, R. y Galanti M.R.. (2011) The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11. 312
- Carls, J. (2004). New Research on Adolescent Brain Development. Center for Substance Abuse Prevention. Issue 1. Rockville.
- Carmines, E. G., y McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. En W. Bohmstedt, y F. Borgatta (eds.), *Social Measurement* (pp. 65-115). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-51.
- CASAColumbia (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) (2012) The importance of family dinners VIII. Columbia.
- Case, A. C., & Katz, L. F. (1991). The company you keep: The effects of family and neighborhood on disadvantaged youths. Working Paper 3705. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Case, S. (2007). Indicators of adolescent alcohol use: A composite risk factor approach. *Substance Use and Misuse*, 42, 89-111.
- Caspari, D. (1999) Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249(1):45–9.
- Castañer Mayer-Spiess, O. (1996) *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Ed. Desclée de Brouwer.
- Castellanos, N. & Conrod, P. (2006) Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health*, 15(6), 645-658
- Casullo, M. M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 129-140.

- Catalano R.F., Kosterman R., Hawkins J.D., Newcomb M.D., Abbot R.D. (1996) Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26 (2): 429-455.
- Cava, M.J. y Musitu, G. (2001) Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic.*, 54 (2). 297-311.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395.
- Chassin, L., Curran, P., Hussong, A., Colder, C., (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study. *J. Abnorm. Psychol.* 105, 70–80.
- Chassin, L., Flora, D. B. y King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The Effects of parent alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 483-498
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J. y Edwards, D. A. (1992) Parent educational attainment and adolescent cigarette smoking, *Journal of Substance Abuse*, 4, 219- 234.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S.J., Montello, D. y McGrew, J. (1986) Changes in Peer and Parent Influence During Adolescence: Longitudinal Versus Cross-Sectional Perspectives on Smoking Initiation. *Developmental Psychology*, 22, 327-334
- Chilcoat, H.D. y Anthony, J.C. (1996) Impact of Parent Monitoring on Initiation of Drug Use through Late Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 91–100
- Christiansen, B.A., Smith, G.T., Roehling, P.V. y Goldman, M.S. (1989) Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 93-99. doi: 10.1037/0022-006X.57.1.93
- Christie, K.A., Burke Jr., J.D., Regier, D.A., Rae, D.S., Boyd, J.H., Locke, B.Z. (1988) Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 145 (8), 971-975.
- Chuang, Y.C., Ennett, S.T., Bauman, K.E. y Foshee, V.A. (2005). Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *J Health Soc Behav*, 46, 187-204.
- Clayton, R.R.(1992) Transitions into drug use: risk and protective factors. En Glantz, M.D. & Pickens, R.W. (Eds) *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, American Psychological Association.
- Cleaver, H., Nicholson, D., Tarr, S., & Cleaver, D. (2007). Child protection, domestic violence and parental substance misuse: Family experiences and effective practice. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cleaver, H., Unell, I., & Aldgate, J. (1999). Children's needs—parenting capacity: The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use and domestic violence on children's development. London: Department of Health, Stationary Office.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., y Sigvardson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-867.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Von Knorring, A. L. y Bohman, M. (1988). The Swedish studies of the adopted children of alcoholics: A reply to Littrell. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 500-509
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12, 494-505.
- Cloutier, L., Coulombe, M. y Matteau, J. (1996) . *Ordago! El desafío de vivir sin drogas*. Edex Kolectiboa. Bilbao.
- Coie, J. D., Lochman, J. E. Terry, R. y Hyman C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792.
- 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
- Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddhock: alcohol y drogas en las enseñanzas medias*. Madrid: CIDE.
- Comas, D. (2001). La representación social del fin de semana. *Revista de estudios de juventud*, 54, 71-78.
- Comas, D. et al. (1993). *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. ICNDLPCS. Madrid.

- Comisión latino americana sobre drogas y democracia. *Drogas y democracia hacia un cambio de paradigma*. Localizado el 09 abril 2012 en http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/declaracao_espanhol_site.pdf
- Connor, J.P. , George, S.M., Gullo, M.J. Kelly, A.B. y Young, R.McD (2011) A Prospective Study of Alcohol Expectancies and Self-Efficacy as Predictors of Young Adolescent Alcohol Misuse. *Alcohol and alcoholism*, 46 (2), 161-169
- Consejo Europeo (2001). *Resolución del Consejo para la implementación de los 5 indicadores epidemiológicos clave sobre drogas, desarrollados por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías*.
- Consejo Europeo (2012) *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)*.
- Coopersmith S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*. Freeman, San Francisco.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 357-372.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez, J. A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396- 402.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104.
- Cottrell, L., Li, X., Harris, C., D'Alessandri, D., Atkins, M., Richardson, B. y Stanton, B. (2003). Parent and adolescent perceptions of parental monitoring and adolescent risk involvement. *Parenting: Science & Practice*, 3 (3), 179-195.
- Crews, F.T. y Boettiger, C.A. (2009) Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction (Review) *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93 (3), 237-247.
- Crum, R.M., Lillie-Blanton, M., Anthony, J.C., 1996. Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 43, 155–161.
- Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M. y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37, 709-715. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.012. Epub 2012 Feb 17.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C. y Sanna, L. J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 424-440.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R)*, North-Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Danielson, C.K., Amstadter, A.B., Dangelmaier, R.E. Resnick, H.S., Saunders, B.E. y Kilpatrick, D.G. (2009). Trauma-Related Risk Factors for Substance Abuse Among Male Versus Female Young Adults. *Addict Behav.* ,34 (4), 395–399
- Darling, N., y Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Davis-Kean, P.E., Sandler, H.M. (2001). A meta-analysis of measures of self-esteem for young children: A framework for future measures. *Child Development*, 72(3):887-906.
- de la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F.J. y Sirvent Ruiz, C. (2006) Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema* , 18 (1), 52-58
- de Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J. y Mudde, A. (2003). Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Education Research*, 18(5), 627-636.
- Decamps, G., Idier, L. y Battaglia, N. (2013) Personnalité et profils addictifs : étude des consommations de substances et des pratiques comportementales addictives en population étudiante. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 2 , 73-81. DOI: 10.1016/j.jtcc.2013.04.001
- Dekovic M, Wissink IB y Meijer AM (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27, 497-514.
- Del Barrio Gandara, V. y Alonso Sanz, C. (1994) búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Revista Clínica y Salud*, 5 (1): 69-81,
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Ministerio del Interior. Madrid.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (2013) *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*. Secretaria de Estado para Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Extraído el 3 de junio de 2012 de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- Delgado, M. y Llorca, J. (2004) Estudios longitudinales: Concepto y particularidades. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 141-148
- Demaray MP y Malecki CK (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305-316.
- Díaz Negrete, B. y García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica*, 24, 223-32.
- Díaz, R.M., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M.J., Grau, C. (2003) Programa ALFIL: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 13 (1), 39-49
- DiClemente, R.J., Wingwood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K. Harrington, K., Davies, S., Hook III, E.E. y Oh, M.K. (2001) Parental monitoring: Associated with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107 (6) 1363-1368
- Diego, M.A., Field, T.M. y Sanders, C.E. (2003). Academic Performance, Popularity and Depression Predict Adolescent Substance Use. *Adolescence*, 38.
- Dillon, D, Grewal, I, Chivite-Matthews, N, Brown, R, Weddell, E y Smith, N. (2006). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. Home Office. Recuperado de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds>
- Dilorio, F. McCarty, K. Resnicow et al. (2007) REAL men: A group-randomized trial of an HIV prevention intervention for adolescent boys. *Am J Public Health*, 97, 1084-1089
- Dishion, T.J. & McMahon, R.J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1 (1), 61-75.
- Dole, V.P. y Nyswander, M.E. (1965) A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) *Addiction, JAMA*, 193, 646-650.
- Domingo-Salvany, A., Barrio, G. y Brugal, M.T. (2003). Estudios analíticos en drogodependencias: estudios de cohortes y estudios de casos y controles. ejemplos prácticos. En Ballesteros, J. , Torrens, M. y Valderrama, J.C. *Manual introductorio a la Investigación en Drogodependencias*. SET
- Donaldson, S.L., 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*, 17, 195-216.
- Donohew, R. L., Hoyle, R. H., Clayton, R. R., Skinner, W. F., Colon, S. E. y Rice, R. E. (1999) Sensation seeking and drug use by adolescents and their friends: models for marijuana and alcohol. *J Stud Alcohol*, 60, 622-31
- Donovan, J. (2004) Adolescent risk initiation: A review of psycho-social factors. *Journal of adolescent health*, 35. 529.e7-529.e18
- Dornbusch, S.M., Erickson, K.G., Laird, J. & Wong, C.A. (2001) The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities *Journal of Adolescent Research*, 16 (4) 396-422
- Dunn, M.E. y Goldman, M.S. (1996) Empirical modeling of an alcohol expectancy memory network in elementary school children as a function of grade. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 4 , 209-217
- Durlak, J.A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 512-520.
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Edwards George, D.L. y Franko, J.B. (2009) Cultural Issues in Eating Pathology and Body Image Among Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 231-242. doi:10.1093/jpepsy/jsp064

- El País. La Cámara de Diputados de Uruguay aprueba la legalización de la marihuana. Recuperado el 02.08.2013 desde http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/08/01/actualidad/1375325722_873773.html
- Ellickson, P.L. y Hays, R.D. (1992) On becoming involved with drugs: Modeling adolescent drug use over time. *Health Psychol*, 11:377–85.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J. y Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*, 39, 976 – 984. Doi: 10.1016/j.ypmed.2004.04.013
- Ellickson, P.L., Mcguigan, K.A. & Klein, D.J. (2001) Predictors of Late-Onset Smoking and Cessation Over 10 Years. *Journal of Adolescent Health*, 29:101–108
- Elliott, D.S., Ageton, S.S y Canter, R.J. (1979) An integrated theoretical perspective of delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 16. 3-27.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-21.
- Elzo, J., Lidón, J. M. y Urquijo, M. L. (1992). Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Emler, N., Ohana, J., y Dickinson, J. (1990). Children’s representation of social relations. En G. Duveen y B. Lloyd (eds.): Social representations and the development of knowledge. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engels, R. C. M. E., Vitaro, F., Blokland, E. D. E., de Kemp, R., y Scholte, R. H. J. (2004). Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behaviour: The role of parental smoking. *Journal of Adolescence*, 27, 531–544.
- Ennett, S.T., Flewelling, R.L., Lindrooth, R.C., et al. (1997). School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *J Health Soc Behav.*, 38:55–71.
- Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L. y Flewelling, R.L. (1994) How Effective Is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE. Outcome Evaluations. *American Journal of Public Health*, 84. 1394-1401.
- Ensminger, M.E., Lamkin, R.P. y Jacobsen, N. (1996) School leaving: a longitudinal perspective including neighbourhood effects. *Child development*, 67, 2400-2416.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., y Botvin, G. J. (2000a). Competence skills help deter smoking among inner-city adolescents. *Tobacco Control*, 9, 33–39.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., y Botvin, G. J. (2000b). Role of general and specific competence skills in protecting inner-city adolescents from alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 379–386.
- Epstein, J.A., Bang, H. y Botvin, G.J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?. *Addictive Behaviors*, 32, 700–713
- Epstein, J.A., Botvin, G.J. y Spoth, R. (2003) Predicting smoking among rural adolescents: Social and cognitive processes. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 485-491.
- Esbensena, F. y Huizingaa, D. (1990). Community structure and drug use: From a social disorganization perspective. *Justice Quarterly*, 7 (4). 691-709. DOI:10.1080/07418829000090821
- Espada Sánchez, J.P., Pereira, J.R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consume de alcohol de los adolescents. *Psicothema*, 20 (4), 531-537
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). Programa Saluda. *Prevención del abuso de alcohol y consumo de drogas de síntesis*. Piramide. Madrid.
- Espada, J.P. y Mendez X. (2002). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En Fernández Hermida J.R. y Secades Villa R. (Eds.) *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.
- Espada, J.P. y Mendez, F.X. (2002) Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas in Fernández J.R. and Secades R. *Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin K.W. y Botvin, G.J. (2003) Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84 .

- Espada, J.P., Pereira, J.R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- 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 (2). 61-81.
- Espada, J.P., González, M.T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015) Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27, 5-12
- Espejo Tort, B., Cortés Tomás, M., Giménez Costa, J.A., Martín del Río, B. y Gómez Iñíguez, C. (2012) Perfiles de consumo intensivo de alcohol en jóvenes. *InfoCOP Online*. Recuperado el 18.07.2012 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3925
- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. y Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19, 108-113
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005) Illicit drug use in the EU: legislative approaches. *EMCDDA Thematic Papers*. Lisboa.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1999). Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level. Lisbon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Selective prevention: First overview on the European situation. Lisbon: EMCDDA, 2003
- Evenden, J.L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146. 348-361
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. J., y Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Eysenck, S. B., y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.
- Fantín, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18, 285-292.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Beautrais, A.L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction* 98, 1681- 1692.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T., 1995. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction* 90, 935-946.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muniz-Fernandez, J., Secades-Villa, R. y García-Fernández, G. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 7, 13. doi: 10.1186/1747-597X-7-13.
- Fernández-Serrano, M.J., Perales, J.C., Moreno-López, L., Santos-Ruiz, A. Pérez-García, M. y Verdejo, A. (2012) Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína. *Adicciones*, 24 , 105-114
- Ferri, C.P., Marsden, J., de Araujo, M, Laranjeira, R.R., Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19:451-55.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140. doi:10.1177/001872675400700202
- Forehand, R., Miller, K.S., Dutra, R. & Watts Chance, M. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (6), 1036-1041.
- Fosco, G.M. , Stormshak, E.A. , Dishion, T.J. (2012). Family Relationships and Parental Monitoring During Middle School as Predictors of Early Adolescent Problem Behavior . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , 41, 202-213
- Foxcroft, D. (2011) Classifying prevention: form, function and theory). Comunicación presentada a las II Conferencia Anual de la European Society for Prevention Research. Synergy in prevention and health promotion: individual, community, and environmental approaches.
- Foxcroft, D. y Lowe, G. (1997) Adolescents' Alcohol Use and Misuse: the socializing influence of perceived family life. *Drugs: education, prevention and policy*, 4 (3), 215 - 229.
- Friedman, A., Terras A., Öberg D., et al (2002) *The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue: The Manual*. Maastricht: EuroADAD.

- Friedman, A.S. y Utada, A. (1989). A Method for Diagnosing and Planning the Treatment of Adolescent Drug Abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] Instrument). *Journal of Drug Education*, 19 (4), 285-312.
- Frisher, M., Crome, I., Macleod, J., Bloor R. y Hickman M. (Julio 2007) Predictive factors for illicit drug use among young people: a literature review. Home Office on line Report.
- Fromm, E. (1968). La búsqueda de una alternativa humanista. En: E. Fromm. *El humanismo como utopía real*. España: Paidós.
- Gabel, S. y Shindldecker, R. (1990). Parental Substance Abuse and Suspected Child Abuse/Maltreatment Predict Outcome in Children's Inpatient Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29 (6) 919-924
- Galt, M. (1997) Illicit drug availability in rural areas and attitudes toward their use: Young people talking. *Health Education Journal*, 56, 17-34.
- Garaigordobil, M., Durá, A. y Perez, J.I. (2005) Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14-17 años. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 1. 53-63.
- García del Castillo, J. A. y López, M. C. (comps.) (1998). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- García Rodríguez, J.A. y López Sánchez, C. (1998) *Barbacana*. Generalitat Valenciana.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5 (AF5)*. Madrid, España: TEA.
- García, F., y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44, 101-131.
- García, F., y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 365-384.
- García, J.M.A. y Carrasco, A.M. (2003) Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 18, 49-60.
- García Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13 (10), 413-422.
- García-Portilla, M^a P.; Sáiz, P.; Paredes, B.; Martínez, S. & Bobes, J. (2003) Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA). *Adicciones*, 2003,199-215
- García-Rodríguez, J.A. y López, C. (1998) *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Síntesis. Madrid.
- Gardner, S., Brounstein. P., Stone, D. (2001) Science- based substance abuse prevention: a guide. Rockville, Maryland: Substance Abuse and Medical Health Service Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Gardner, M. y Steinberg, L. (2005). Peer Influence on risk taking, risk preference and risky decision-making in adolescence and adulthood. *Dev Psych.*, 41, 625-635.
- Garmez, N. (1985) Stress-resistant children: the search of protective factors. In J.E. Stevenson (Ed.) Recent research of developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4. 213-233 (supplement)
- Gázquez M. (2009). *Eficacia diferencial de tres programas de prevención escolar del consumo de drogas según el tipo de aplicador*. Tesis Doctoral inédita. Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante. España
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J.A. y Espada J.P. (2009). Características de los programas Eficaces para la prevención escolar del Consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9 (2). 185-208
- Gentile, D. (2009) Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18. *Psychological science*, 20 (5), 594-602.
- Giménez Ferrer, C., Cortés Miranda, M. y Loeza Vargas, P. (2003). Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima. *Salud Mental*, 26 (4)
- Gómez-Fraguela, J., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20, 211-217.
- Gómez Reino, I., Ferreiro, M.D., Domínguez, M.D., Rodríguez, A. (1995). Consumo de alcohol en adolescentes: Relación con los niveles de adaptación social y familiar. *Psiquis*, 16 (4) 129.

- González Menéndez, A., Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2004) *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Gijón.
- González-Saiz, F., de las Cuevas, C., Barrio, G., Domingo-Salvany, A. (2008) Versión española consensuada de la Severity of Dependence Scale (SDS). *Med Clin (Barc)*. 131:797-8.
- Gonzalez-Saiz, F., Salvador-Carulla, L. (1998) Reliability and validity of the spanish version of the severity of dependence scale (SDS) *Adicciones*, 10 (3), 223-232
- Goodman, E. y Huang, B. (2002) Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156. 448-453.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis* (2ª ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gossop M, Best D, Marsden J, Strang J (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3):353.
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J., Powis B., Hall W, Strang J (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5):607-14.
- 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, 249-269.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000b). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 19-32.
- Green, B., Young, R. y Kavanagh, D. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, 306-313
- Griffin, K.W., Botvin, G.J., Scheier, L.M., Diaz, T. & Miller, N.L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (2), 174-184.
- Guo J, Hawkins JD, Hill KG, et al. (2001) Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adult-hood. *J Stud Alcohol*, 62, 754 –62.
- Gustafson, R. y Kálmén, H. (1996): Alcohol and the disinhibition of social assertive behaviours. *European Addiction Research*, 2, 73-77.
- Hadley-Ives, E., Stiffman, A.R., Elze, D., Johnson, S.D. y Dore, P. (2000). Measuring neighborhood and school environments: perceptual and aggregate approaches. *J. Hum. Behav. Soc. Environ*. 38, 1–27.
- Haines, M. y Spear, S.F. (1996) Changing the Perception of the Norm: A Strategy to Decrease Binge Drinking among College Students. *Journal of American College Health*, 45 (3)
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum: 1980–1990. *Health Educational Research*, 7(3), 403-430.
- Hanson, M.D. y Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*, 30:263-285.
- Harman, H. H. (1960). *Modern Factor Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hawkins J. D., Catalano R.F. y Arthur M.W. (2002) Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors* 905. 1-26.
- 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.C., Jenson, J.M. y Catalano, R.F. (1988) Delinquency and drug abuse: Implications for social services. *Social service review*, 62 (2), 258-284. <http://www.jstor.org/stable/30011966>
- Hawkins, J.D., Arthur, M.W. y Catalano, R.F. (1995) Preventing substance abuse. In: Tonry M, Farrington D (Eds). *Crime and Justice: Vol 19. Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention*. Chicago: University of Chicago Press, 343– 427.
- Hawkins, J.D. & Weis, J.G. (1995). El modelo de desarrollo social: un enfoque integrado en la prevención de la delincuencia. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 27. 115-133
- Herrero, O., Ordoñez, F., Salas, A. y Colom, R. (2002). Adolescencia y comportamiento antisocial. *Psicothema*, 14, 340-343.

- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2012) *The 2011 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). Stockholm.
- Hill, D. (1971). Peer Group Conformity in Adolescent Smoking and Its Relationship to Affiliation and Autonomy Needs. *Australian Journal of Psychology*, 23, 189-99.
- Hill, K.G., Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Abbott, R.D. y Guo, J. (2005) Family influences on the risk of daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 202-210.
- Hittner, J.B. y Swickert, R. (2006) Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors* 31. 1383-1401
- Hoffmann, J. and Cerbone, F. (2002) Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 255- 264.
- Hoffmann, J.P. (1995), The Effects of Family Structure and Family Relations on Adolescent Marijuana Use. *Substance Use & Misuse*, 30, 1207-1241
- Hoogland, J.J., y Boomsma, A. (1998). Robustness studies in covariance structure modeling: An overview and a meta-analysis. *Sociological Methods & Research*, 26, 329-67.
- Hornick, R. et al (2000) Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign: Campaign Exposure and Baseline Measurement of Correlates of Illicit Drug Use From November 1999 Through May 2000. National Institute on Drug Abuse. Bethesda
- Hornick, R., Jacobson, L., Orwin, R., Piesse, A., Kalton, G. (2008) Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths. *Am J Public Health*, 98, 2229-36.
- Horvath P. y Zuckerman M. (1996). Búsqueda de sensaciones. Valoración y conducta de riesgo. *Revista de Toxicomanías*, 9. 26-38.
- Howard, M. O. & Jenson, J. M. (1999) Inhalant use among antisocial youth: Prevalence and correlates. *Addictive Behaviors*, 24, 59-74.
- Hoyle, R.H., Stephenson, M.T., Palmgreen, P. Lorch, E.P. y Donohew R.L. (2002) Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Pers. Individ. Differences*, 32. 401-414.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huba, G.J. y Bentler, P.M. (1980). The Role of Peer and Adult Models for Drug Taking at Different Stages in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 9, 449-65.
- Hughes K, Quigg Z, Eckley L, Bellis M, Jones L, Calafat A, Kosir M, van Hasselt N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*. 106 Suppl 1:37-46.
- IDPC. International Drug Policy Consortium (2010) Guía sobre políticas de drogas. Londres.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2007) Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int J Clin Health Psychol*, 7 (2), 403-420.
- Isohanni, M., Oja, H., Moilanen, I. y Koiranen, M. (1994) Teenage alcohol drinking and non-standard family background. *Soc Sci Med.*, 38, 1565-1574.
- Jackson, D. N. (1970). A sequential system of personality scale development. En C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology (vol. 2)* (pp. 61-96). Nueva York: Academic Press.
- Jafari, M. y Shahidi. S. (2009) Comparing Locus of Control, Assertiveness and General Health among Young Drug Dependent patients in Iran. *Iranian J Psychiatry*, 4, 46-51.
- Jaffe L. T. y Archer R. P. (1987) The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. *J Pers Assess.*, 51, 243-53.
- James, L. R., Mulaik, S. A. y Brett, J. M (1982). *Causal Analysis. Assumptions, Models and Data*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Jang, S.J., Johnson, B.R., 2001. Neighborhood disorder, individual religiosity, and adolescent use of illicit drugs: a test of multilevel hypotheses. *Criminology*, 39, 109-144.
- Jason-Lloyd, Leonard (2009). Cannabis Reclassification 2009. *Criminal Law & Justice Weekly* 173: 30.
- Jeffery, D., Klein, A. and King, L. (2002) UK Drug Report on Trends in 2001 (Report from the UK Focal Point to EMCDDA). London: Drugscope,
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven).

- Jenkins, P.H. (1995) School Delinquency and School Commitment. *Sociology of Education*, 68 (3) 221-239
- Jentsch, J. y Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: Implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology*, 146, 373-390.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. San Diego, CA: Academic Press.
- Jessor, R., Chase, J., Donovan, J. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *Am. J. Public Health*, 70, 604-613.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. New York: Academic Press.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1978). Theory testing in longitudinal research on marijuana use. In: Kandel DP (ed): *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*. Washington, DC: Hemisphere.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jimenez Iglesias A. (2009) El significado de la monitorización familiar en el desarrollo adolescente (consumo de sustancias y bienestar psicológico). Centro de Investigación y Estudios de Familia (CIFAM). Madrid
- Jiménez, I., Murgui, T. y Estevez, S. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: el doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 473-485
- Jiménez, J.L. y Revuelta, A. (1991). La familia del toxicómano: Un estudio comparativo. *Adicciones*, 133-140.
- Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36, 181-195
- Johnson MB. (2012) Experimental test of social norms theory in a real-world drinking environment. *J Stud Alcohol Drugs*, 73(5):851-9.
- Johnston LD. y O'Malley PM. (1985). Issues of validity and population coverage in students surveys of drug use. En: Rose BA, Kozel NJ, Richards LG, editores. *Self reported methods of estimating drug use: meeting current challenges to validity*. Rockville: NIDA Res Mon Ser n.o 57, 1985; 31-54.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. y Mielch, R.A. (2012). Monitoring the Future – National survey results on drug use, 1975–2013. Volume I: Secondary school students. Ann Arbor: Institute for Social Research, the University of Michigan. (disponible online en http://monitoringthefuture.org//pubs/monographs/mtf-vol1_2013.pdf).
- Jöreskog, K., y Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, L, Fleiz, C. y Medina-Mora, M. E. (2003). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Revista de Salud Mental*, 28, 60-68.
- Kalina, O., Geckova, A.M., Klein, D., Jarcuska, P; Orosova, O. Van Dijk, J.P. y Reinneveld, S.A. (2013) Mother's and father's monitoring is more important than parental social support regarding sexual risk behaviour among 15-year-old adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18 (2) 95-103.
- Kandel, D. B. (1980) Drug and drinking behavior among youth, *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Kandel, D. y Adler, D.(1982). Socialization into marijuana use among French adolescents: a cross-cultural comparison with the United States. *J. Health Soc. Behav.* 23, 295–309.
- Kandel, D. y Lesser, G.S. (1972). Youth in two worlds. San Francisco: Jossey Bass
- Kandel, D. y Wu, P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the inter-generational transmission of cigarette smoking in adolescence. *J Res Adolescence*, 52, 225-52
- 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., Kessler, R.C. y Margulies, R.A. (1978). Antecedents of Adolescent Initiation into Stages of Drug Use: A Developmental Analysis, 7:13-40.
- Kaplan HB. (1975) Increase in self-rejection as an antecedent of deviant responses. *J Youth Adolesc.*, 4, 438-458.

- Kendler, K.S., Karkowski, L.M., Neale, M.C., Prescott, C.A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch Gen Psychiatry*, 2000;57(3):261-269.
- Kenneth, G., J. (1991). *Una sociedad mejor*. Crítica. Barcelona.
- Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kim, E., Kwak, D. y Yun, M. (2010) Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. *Journal of Criminal Justice*, 38, 17–24
- Kinnier, R.T., Metha, A.T., Okey, J.L. y Keim, J, (1994) Adolescent substance abuse and psychological health. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 40, 51-56.
- Kirby, D. (1997) The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 29, 100-108
- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R.P., Cagampang, H.H. (1997) The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29, 100-108
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H., Best, C.L. y Schunrr, P. (2000) Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence. Data From a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, (1), 19-30
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. NY: Guilford Press.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995) EuroASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur Addict Res*,1:208-210
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010) Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Kraemer, H..C., Kazdin, A.E., Offord, D.R. et al. (1997)Coming to terms with terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 337–43.
- Kristjansson S.D., Agrawala, A., Lynskeya, M.T. y Chassinb, L.A. (2012) Marijuana expectancies and relationships with adolescent and adult marijuana use Drug and Alcohol Dependence, 126 (1–2), 102–110 DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.04.024
- Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D., James, J.E., Alegrante, J.P. y Helgason, A.R. (2010) Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive behaviours*, 35, 256-259.
- Kumpfer, K. (1987). Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. In Brown, B., and Mills,A., eds. *Youth at High Risk for Substance Abuse*. DHHS Pub, No (ADM) 87-1537, Washington, DC: Supt, Of Docs, U.S. Govt, Print, Off.
- Kumpfer, K.L., Turner, C.W. (1990) The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention. *Substance Use & Misuse*, 25, 435-463
- Kumpfer, K.L. & Alvarado, R. (2003). Family interventions for the prevention of drug abuse. *American Psychologist*, 58, 457-465
- Kvaavik, E. y Rise, J. (2012). How Do Impulsivity and Education Relate to Smoking Initiation and Cessation Among Young Adults? *J. Stud. Alcohol Drugs*, 73, 804–810
- Laespada,T., Iraurgi, I. y Arostegui, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Laghi, F., Lonigro, A., Baiocco, R. y Baumgartner, E. (2013) The role of parenting styles and alcohol expectancies in teen binge drinking: A preliminary investigation among Italian adolescents and their parents. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 20, 131–139. doi:10.3109/09687637.2012.713409
- Lam, C.B., Solmeyer, A.R. y McHale, S.M. (2012) Sibling Differences in Parent–Child Conflict and Risky Behavior: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology*, 26, 523–531. DOI: 10.1037/a0029083
- Lambert SF y Cashwell CS (2003). Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11, 1-7

- Landau, J. (2010) Communities that care for families: The LINC model for enhancing individual, family, and community resilience. *American Journal of Orthopsychiatry* 80 (4) , pp. 516-524
- Latkin, C.A., Curry, A.D., 2003. Stressful neighborhoods and depression: a prospective study of the impact of neighborhood disorder. *J. Health Soc. Behav.* 44, 34–44.
- Lazcano-Ponce, E., Fernandez, E., Salazar-Martinez, E. y Hernandez-Avila, M.(2000). Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación. *Salud pública Méx.*, 42 (3), 230-241.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233-242. doi: 10.1080/14659890701476532
- Lemstra, M., Bennett, N.R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L.M., Kershaw, T. y Scott. C.R. (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health*, 99, 172-7.
- Lettieri, D., Sayers, M. y Pearson, H. (Eds.) (1980). Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Lewis, M.A., Litt, D.M., Blayney, J.A., Lostutter, T.W., Granato, H., Kilmer, J.R. y Lee, C.M. (2011) They drink how much and where? Normative perceptions by drinking contexts and their association to college students' alcohol consumption. *J Stud Alcohol Drugs*, 72 (5), 844-53.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación
- Lindstrom, M., Moghaddassi, M., Bolin, K., Lindgren, B., Merlo, J. (2003). Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (6), 444-450. doi: 10.1080/14034940310006203
- Linszen DH, Dingemans PM, Lenior MA. (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* , 51:273–9.
- Llorens A.N., Palmer A. y Perelló del Río, M.J. (2005) Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias Psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7 (2):90-6
- Lloret, D., Espada, J.P., Cabrera, V. y Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25 (3). 226-234
- Lloret, D., Gázquez, M., Botella, A., Ferri, M.J. (2013) Parent and peer influence models in the onset of adolescent smoking. *Health and addictions*, 13, 59-66.
- Lloret, D., Segura, M. y Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Health and Addictions*, 8 (2), 119-135.
- Lloyd, C. (1998). Risk, vulnerability and problem drug use: identifying high risk groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 5, 217–232.
- Lookatch S.J., Dunne, E.M. y Katz, E.C. (2012) Predictors of Nonmedical Use of Prescription Stimulants. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 86-91. DOI:10.1080/02791072.2012.662083
- Lopez, B., Schwartz, S.J., Prado, G., Campo, A.E. & Pantin, H.. (2008) Adolescent Neurological Development anits Implications for Adolescent Substance Abuse Prevention. *J Prim Prev* 29, 5-35.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J. y Godoy, F (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*,15, 127-136
- López C. y Freixinós M.A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de psicología*, 17 (2), 177-188
- Lowry R, Kann L, Collins JL, Kolbe LJ. (1996). The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 276:792-797.
- Luengo, A., Mirón, L. y Otero, J.M.(1990).Factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes. En Fundación Caixa Galicia, Drogodependencias y Sociedad, (pp. 147-165). Santiago de Compostela: Fundación Caixa Galicia.
- Luengo, A., Otero-López, J.M., Romero, E. y Gómez, J.A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*,22(86) ,683-708
- Luengo, M.A., Romero Tamames,E., Gómez Fragueta, J.A., García López, A., Lence Pereiro, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa.* Santiago, Universidad de Santiago de Compostela.

- Luengo, M.A., Gomez-Fraguela, J.A., Garra, A., Romero, E. y Otero-Lopez, J.M. (1998) *Construyendo Salud*. Ministerio de Educación y Cultura. Madrid.
- Lundborg P: Young people and alcohol: an econometric analysis. *Addiction* 2002, 97:1573-1582.
- Lyvers, M. (2000). Cognition, emotion, and the alcohol-aggression relationship: Comment on Giancola. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 607-608.
- Maccoby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socializations in the contexts of the family: Parent child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Maciá, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir* (6a Ed.) Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1995).
- Maddahian E, Newcomb MD, Bentler PM. (1988) Risk factors for substance use: Ethnic differences among adolescents. *J Subst Abuse*;1:11–23.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., & Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality. *Journal of Drug Education*, 37, 277–294.
- Manning, V., Best, D., Rawaf, S., Rowley J., Floyd, K. y Strang, J. (2001) Drug use in adolescence: The relationship between opportunity, initial use, and continuation of use of four illicit drugs in cohort of 14- to 16-year-olds in South London. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8, 397-405.
- Marsden, J. Gossop, M. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction* 93(12): 1857-1867.
- Martínez J.M. (2006) Factores de riesgo y protección del consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de estas en adolescentes y adultos jóvenes. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Martínez, J., García, J., Domingo, M. y Machín, A.J. (1996). Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Atención Primaria*, 18, 383-385.
- Martínez, M.J., Aguinaga, M. y Varo, J.R. (1992). El consumo de alcohol por los jóvenes y su percepción del uso de alcohol por los padres. En: *Avances en drogodependencias*. Córdoba: Diputación de Córdoba.
- Martínez Arias, M. R. (1996). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez-Lorca, M.y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad, y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*,15, 145-158
- Martino, S., Grilo, C. M. & Fehon, D. C. (2000) Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST–A). *Addictive Behaviors*, 25, 57–70.
- Martorell, M.C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993) Cuestionario de evaluación de autoconcepto. TEA. Madrid
- Mason, W.A., Windle, M. (2001) Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study. *J Stud Alcohol*;62:44 –53.
- Maycock, P. (2002) Drug pathways, transitions and decisions: The experiences of young people in an inner-city Dublin community. *Contemporary Drug Problems*, 29, 117-156.
- McCoun, R.J. (1993) Drugs and the law. A psychological analysis of drug prohibition. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 497-512
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 569–582.
- McKay, M.T., Sumnall, H.R., Cole, J.C. y Percy, A. (2012) Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19,72–80. Doi:10.3109/09687637.2011.579585
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J.Subst.Abuse Treat.* 1992;9(3):199-213.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168 (1):26-33.
- Meacham, M., Zobe, I F., Hughes, B. y Simon, R. (2010) Review of methodologies of evaluating effects of drug-related legal changes. European Monitoring center for drugs and Drug Addiction. Lisbon .

- Recuperado el 27 de agosto de 2012 de
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101046_EN_Methodologies%20for%20effects%20of%20drug%20laws.pdf
- Megan, E., Patrick, M.E., Wightman, P., Schoeni, R.F., y Schulenberg, J.E. (2012) Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 73, 772–782
- Melchior, M., Chastang, J.F., Mackinnon, D., Galéra, C. y Fombonne, E. (2009) The intergenerational transmission of tobacco smoking the role of parents' long-term smoking trajectories. *Drug Alcohol Depend.*, 107, 257-260. DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2009.10.016
- 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.
- Mentzoni, R.A., Brunborg, G.S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K.J., Hetland, J., y Pallesen, S. (2011) Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations with Mental and Physical Health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14,(10). DOI: 10.1089/cyber.2010.0260
- 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.
- Merikangas, K. R., Rounsaville, B. J. y Prusoff, B. A. (1992) Familial factors in vulnerability to substance abuse. En Glantz, M. y Pickens, R. (Eds) *Vulnerability to drug abuse* (pp. 75-97). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Merrell, W. K., Buchanan, R. y Tran, K. O. (2006). Relational aggression in children and adolescents: a review with implications for school settings. *Psychology in the School*, 43, 345-360.
- Michalczuk, R., Bowden-Jones, H., Verdejo-García, A. y Clark, L. (2011). Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report. *Psychological Medicine*. 41. 2625-2635.
- Mino A. (2001) Teoría y tratamientos actuales. En Conselleria de Bienestar Social . *Trastornos Adictivos*. Valencia. Generalitat Valenciana.
- Mira, J. J. y Orozco, D. (1995). Estudios de validación y aplicación de cuestionarios (educación diabetológica, salud mental o calidad de vida). En J. Merino, V. Gil, D. Orozco y F. Quirce (Eds.), *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid. Cima.
- Mitchell, M. y Jolley, J. (1992) Research design explained. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers
- Moberg, D.P. y Hahn, L. (1991) The adolescent drug involvement scale. *Journal of Adolescent Chemical*, 2, (1).
- Mobilli, A. y Rojas, C. (2006). Aproximaciones al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Investigación en Salud*, 8, 121-128.
- Moeller, F. G. y Dougherty, D. M. (2002). Impulsivity and substance abuse: What is the connection? *Addictive Disorders and their treatment*, 1, 3-10.
- Mogaz Lago, A., García Pérez, E. M. y del Valle Sandín, M. (1998). Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Papeles del Psicólogo*, 71, 40-43.
- Moncada, A. y Pérez, K. (2001) Fiabilidad y validez del autoinforme sobre el consumo de drogas en la población escolarizada de secundaria. *Gaceta Sanitaria*, 15 (5): 406-413
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Ministerio del Interior. Madrid.
- Mooney DK, y Corcoran KJ. (1989) The relationship between assertiveness, alcohol- related expectations, social assertion and drinking patterns among college students. *Addict Behav* 14, 301-305.
- Moral de la Rubia, J. y Ortiz, H. (2012) Risk and Protective Factors of Dissocial Behavior in a Probability Sample. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 736-747.
- Moral, M. V. (2007). Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. *SMAD Revista Electrónica Salud mental, Alcohol y Drogas*, 3, 1-15.

- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A. y Sánchez, F. (2008) Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, 22,321-9
- Morales, J.M., y Costa, M.C. (2001). La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral. *Intervención Psicosocial*, 10, 221-239.
- Mora-Ríos, J. y Natera, G. (2001) Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública Méx.*,43 (2).
- Moya Maya, A., Ruiz Salguero, J.M. y Martínez Ferrer, J. (2003) Superdotados: una reflexión legislativa. *Revista de Ciencias de la Educación*, 196. 419-431
- Moreno Ruiz, D., Estévez López, E., Murgui Pérez, S. y Musitu Ochoa, G. (2009) Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 1, 123-136
- Mott, J.A., Crowe, P.A., Richardson, J. y Flay, B. (1999). After-school supervision and adolescent cigarette smoking: Contributions of the setting and intensity of after-school self-care. *Journal of Behavioral Medicine*, 22 (1), 35-58.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (eds). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1994.
- Mulaik, S.A., James, L. R., Alstine, J. V., Bennett, N., Lind, S. y Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.
- Muñiz, J. (1996). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, J. J., Navas, E. y Graña, J. L. (2005). Estudios sobre factores psicológicos de riesgo/protección para la conducta antisocial en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 366-373
- 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.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña J.L. (2001) Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94
- Murray, D. M. y Hannan, P.J. (1990). Planning for Appropriate Analysis in School-Based Drug-Use Prevention Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 458-68.
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.
- Navarro B., J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
- Navas, M. J. (Coord.) (2001). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED.
- Needle R, McCubbin H, Lorence J, Hochhauser M. (1983) Reliability and validity of adolescent self-reported drug use in a family- based study: a methodological report. *Int J Addict.*,18. 901-912.
- Needle, R.H., Su, S. y Doherty, W.J. (1990). Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 52, 157-169.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K.W., Friend, S., Hannan, P.J., Story, M. y Berge, J.M. (2010) Family Weight Talk and Dieting: How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls?. *Journal of Adolescent Health*, 47, 270-276.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica (3ª ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P. (1988). *Consequences of adolescent drug use*. California: Sage publications.
- Newcomb, M. D. y Bentler, P.M. (1989) Substance use and abuse among children and teenagers, *American Psychologist*, 44, 242- 248.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. and Bentler, P. M. (1986) Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-531.
- Newcomb, M.D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. En Rahdert, E., Czechowicz, D. y Amsel, I. *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic intervention*, edited by, 7-38. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M.D., Maddahian, E. y Bentler, P.M. (1986) Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analyses. *Am J Public Health*, 76, 525-531

- Nichols, T.R., Birnel, S., Graber, J., Brooks-Gunn, J. y Botvin, G.J. (2013) Refusal skills ability: an examination of adolescent perceptions of effectiveness. *J. Primary Prev.*, 31, 127-137.
- Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Stickle, F. y Pruitt, T. (1994) The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 24-28. Doi 10.1037/0893-164X.8.1.24
- Noda Rodríguez, M.: Sobredotación, test de inteligencia e igualdad de oportunidades... *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*.
- Nutt, D.J., King, L.A. y Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. www.thelancet.com Published online November 1, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica (3ª ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías (2011). *Informe 2011 Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de España (EDADES). 2009/2010. Disponible en: www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/.../presentacionEdades200910.ppt
- Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de España (EDADES). 2009/2010*. Recuperado el 18.07.2012 de www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/.../presentacionEdades200910.ppt
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2012) Key indicators. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>
- O'Donnell, J., Hawkins, J.D. y Abbott, R.D. (1995) Predicting Serious Delinquency and Substance Use Among Aggressive Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, (4) 529-537
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1987) Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: a path analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205- 213.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L. y Donnermeyer, J.F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. y Deffenbacher, J.L. (1998a). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998b). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075- 2107.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008) Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, (1). 153-169
- Omar, A.G. (1994). La percepción connotativo-afectiva de la autoimagen y su vinculación con el rendimiento escolar. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat.*, 40, 224-30
- Orte, C. (1993). Elementos para la construcción de un modelo predictivo de la conducta adictiva. En: M.F. Martínez-García (Ed.), *Psicología Comunitaria*. Madrid: Eudema.
- Otero, J. M, Miron, L. & 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.
- Oxford ML, Harachi TW, Catalano RF, et al. (2001) Preadolescent predictors of substance initiation: A test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27:599–616.
- Page, R.M., Ihasz, F., Hantiu, I., Simonek, J., Klarova, R. (2008) Social normative perceptions of alcohol use and episodic heavy drinking among Central and Eastern European adolescents. *Substance Use and Misuse*, 43 (3-4), 361-373
- Paglia, A., y Room, R. (1998). Preventing substance use problems among youth: Literature review and recommendations. Addiction Research Foundation and Addiction and Mental Health Services Corporation: Ontario.

- Pardeck, J.T. (1991). A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Family Therapy*, 18, 115-121.
- Parker H, Williams L, Aldridge J. (2002) The Normalization of “Sensible” Recreational Drug Use: Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, 36. 941-964
- Parker, H. (2003). Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research and Theory*, 11, 141-144.
- Patrick, M.E., Schulenberg, J.E., O’Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G.(2011) Adolescents' Reported Reasons for Alcohol and Marijuana Use as Predictors of Substance Use and Problems in Adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*, 72(1): 106–116
- Patrick,M.E., Wray-Lake, L., Finlay, A.K. y Maggs, J.L. (2010). The Long Arm of Expectancies: Adolescent Alcohol Expectancies Predict Adult Alcohol Use. *Alcohol & Alcoholism*, 45 (1). 17–24, 20 doi: 10.1093/alcalc/agn066
- Patterson, G. R., Reid, J. B., y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., y Dishion, T. J. (1985). Contributions of families and peers to delinquency. *Criminology*, 23, 63–79.
- Patton, J.H., Standord, M.S. y Barrat, E.S. (1995). Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 51 (6). 768-774.
- Pedrero Pérez, E.J., Rodríguez Monje, M.T. y Ruiz Sánchez de León, J.M. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 24(2), 139-152.
- Peele, S. (1985): *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books, Massachusetts
- Perez J., Torrubia R. (1986). Fiabilidad y Validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18 (1). 7-22.
- Pérez, J., Ortet, G., Pla, S., Simó, S. (1987). Escala de búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes (EBS-I) *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 3, 283-290
- Perry, J.L., Carroll, M.E. (2008) The role of impulsive behavior in drug-abuse . *Psychopharmacology*, 200 (1), 1-26
- Perry, J.L., Joseph, J.E., Jiang, Y., Zimmerman, R.S., Kelly, T.H., Darna, M., Huettl, P., Dwoskin, L.P. y Bardo, M.T. (2011) Prefrontal cortex and drug abuse vulnerability: Translation to prevention and treatment interventions. *Brain Research Reviews*, 65 (2), 124-149
- Peterson, P.L., Hawkins, J.D., Abbott, R.D., et al. (1994) Disentangling the effects of parental drinking, family management, and parental alcohol norms on current drinking by Black and White adolescents. *J Res Adolesc*, 4, 203–27.
- Petratis, J., Flay, B.R, Miller,T.Q., Torpy, E.J. y Greiner,B. (1998). Illicit Substance Use among Adolescents: A Matrix of Prospective Predictors. *Substance Use & Misuse*, 33 (13), 2561-2604
- Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995) Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. y Buehler, J. (2003). Scared Straight and Other Juvenile Awareness Programs for Preventing Juvenile Delinquency: A Systematic Review of the Randomized Experimental Evidence. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589 , 41-62 doi: 10.1177/0002716203254693
- 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.
- Pick, S. y Palos, P. (1995) Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence*, 30, 667-675.
- Plan Nacional sobre Drogas (2012) Observatorio Español sobre Drogas. Indicadores. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/seipad/home.htm>
- Plutchik, R. y van Praag, H.M. (1989) The measurement of suicidability, aggressivity and impulsivity. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatr.* 13 (Suppl), 23-24.
- Poelen, E.A.P., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., Boomsma, D.I. y Willemsen, G. (2005) Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug and Alcohol Depend.*, 79: 413–21

- Polaino, A. (1991). *Psicología patológica*. Madrid: UNED
- Pollard, J. A., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research* 23 (8): 145-58.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Pompidou Group (2012) Recuperado el 10.09.2012 de http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Focus_en.asp
- Pons D.J. y Berjano P.E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Plan Nacional sobre Drogas. España.
- Pons J. (1998) El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev. Esp Salud Pública*, 72. 251-366.
- Pons J., Berjano E. y García F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.
- Protinsky H. y Shilts, L. (1990). Adolescent substance use and family cohesion. *Family Therapy*, 17, 173-175.
- Rahdert E. (1991) *POSIT. Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). National Institutes of Health. Bethesda.
- Rai A.A., Stanton B., Wu Y., Li X., Galbraith J., Cottrell L., et al. (2003). Relative influences of perceived parental monitoring and perceived peer involvement on adolescent risk behaviors: an analysis of six cross-sectional data sets. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 108-118.
- Raine, A. (2002). Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 417-434
- Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., et al (1994) Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89, 563-572.
- Ramos Brieva, J.A., Gutiérrez-Zotesb, A y Sáiz Ruiza, J. (2002) Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(3):160-174
- Raskin, H., Johnson, V. y Buyske, S. (2000) Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use: a growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12, 287-310
- Recio J. L. (1992). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Rehbein F., Kleimann M. y Mössle P. (2010) Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*.13,269-77.
- Resnick, M., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, L.H., Sleving, R.E, Shaw, M., Ireland, M, Bearinger, L.H., y Udry, R.L. (1997). Protecting adolescents from harm. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernandez, C., Giorgino, E., Kemmesis, U.E., Ossebaard, H.C., Lalam, N., Faasen, I. Y Spannow, K.E. (2003). Risk Factors Associated With Drug Use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: education, prevention and policy*, 10 (4), 303-329.
- Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Gabhainn SN, Currie CE (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behavior in 28 countries. *Int J Public Health*, 54:203-212.
- Robins y Przybeck (1985) : "Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. pag. 178 y ss en LaRue J.C. y Battjes R.. *Etiology of drug abuse. NIDA Research Monograph series*. Maryland
- Roderique-Davies G. y Shearer D. (2010). Estimated lifetime drug use, impulsivity, and psychopathology in recreational ecstasy users. *Journal of Substance Use*, 15, 215-225
- Rodgers K.B. (1999) Parenting processes related to sexual risk-taking behaviors of adolescent males and females. *Journal of marriage and family*, 61 (1) 99-109.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U.E., Ossebaard, H.C., Lalam, N., Faasen, I. & Spannow, K.E. (2003) Risk Factors Associated With Drug Use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: education, prevention and policy*, 10 (4), 303-329,
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, USA: Basic.

- Rowe, D.C. y Rodgers, J.L. (1991). Adolescent Smoking and Drinking: Are They Epidemics?. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 110-17.
- Rudner, R. (1966) *Principles of social science*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall
- Ruiz, M. (2000). *Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: UNED.
- Ruiz Trivino, L. (2009) Programa de competencia social para alumnos de 1º de ESO: Habilidades sociales mediante el uso de nueva tecnologías. *Rev. Digital de Innovación y experiencias educativas*.
- 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.
- Russo, M.F., Stokes, G.S., Lahey, B.B., Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. y Green, S.M. (1993). A Sensation Seeking Scale for Children: further refinement and psychometric development. *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 15, 69–86
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En Kent M.W. y Rolf J.E. (Eds). *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children*, 49-74. Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M., (1980). Changing youth in a changing society. CambridgeMA: Harvard University Press.
- Rutter, M., (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors in resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- Saiz, J. (2005). El uso y abuso de drogas, un análisis psicoeconómico crítico. *Revista electrónica de psicología política*, Artículo 3, 8. Recuperado el 25 de julio de 2005 de http://www.psicopol.unsl.edu.ar/nota7_abril2005.htm
- Sáiz, 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(3), 209-220.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Delgado, J.M., López, J.L., Martínez, S. y Bobes, J. (2001): Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*, 13(2), 159-171.
- Sakyi, K.S., Melchior, M., Chollet, A. y Surkan, P.J. (2012) The combined effects of parental divorce and parental history of depression on cannabis use in young adults in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 126, 195-199.
- Sallis, J.F., McKenzie, T.L., Alcaraz, J.E., Kolody, B., Hovell, M.F., Nader, P.R. (1993) Project SPARK. Effects of physical education on adiposity in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 699, 127-136.
- Sameroff, A. J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C. y Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. En Lewis, M. y Feiring, C. *Families, risk, and competence*, edited by, 161-85. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sampson, R.J., Groves, W.B., 1989. Community structure and crime: testing social-disorganization theory. *Am. J. Sociol.* 94, 774–802.
- Sánchez, E. y Berjano, E. (1996) Características de personalidad En sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8, 457-463
- Sanders, C.E., Field, T.M. y Diego, M.A. (2001) Adolescent's academic expectations and achievement. *Adolescence*, 144. 795-202.
- Sanz, M., Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Muñoz-Eguileta, A., Galíndez, E., Cosgaya y L. y Nolte, M. (2004). *El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas*. Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar (AEFA).
- Sargent, J.D., Tanski, S., Stoolmiller, M. y Hanewinkel, R. (2010). Using sensation seeking to target adolescents for substance use interventions. *Addiction*, 105, 506–514, doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02782.x
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, 88,791-804

- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction, 105*, 862-871.
- Schumacker, R. E., y Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schuckit, M.A. (1994). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies on alcohol, 55*, 5-17.
- Schuckit, M.A., y Smith, T.L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry, 53*, 202-210.
- Schwartz, R.H., Wirtz, P.W. (1990) Potential substance abuse. Detection among adolescent patients. Using the Drug en Alcohol Problem (DAP) Quick Screen, a 30-item questionnaire. *Clinical Pediatrics, 29* (1), 38-43
- Scott, D. (2009). Think child, think family: How adult specialist services can support children at-risk of abuse and neglect. *Family Matters, 81*, 37-42
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2003) Factores de riesgo familiares para el uso de las drogas: un estudio empírico español. En Fernández-Hermida J.R. y Secades, R. *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Plan nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.
- Sharp, C. (1994). Alcohol education for young people: A review of the literature from 1983-1992. *National Foundation for Education Research*
- Shavelson, J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46*, 407-442.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). *Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry*. American Psychology, 45, 612-630.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 818-829.
- Skeer, M., McCormick, M.C., Normand, S.L., Buka, S.L. y Gilman, S.E. (2009). A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 104*, 65-72.
- Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors, 7*, 363 - 371
- Skinner, M.L., Haggerty, K.P. y Catalano, R.F. (2009) Parental and peer influences on teen smoking: Are White and Black families different? *Nicotine & Tobacco Research, 11*, 558-563
- Simons, R.L., Conger, R.D., Withbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues, 18*, 293-315.
- Sloboda, Z., Stephens, R.C., Stephens, P.C., Grey, S.F., Teasdale, B., Hawthorne, R.D., Williams, J., Marquette, J.F (2009) The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence, 102*, 1-10
- Smart, R.G., Adlaf, E. M. y Walsh, G.W. (1994). Factores socio-económicos de barrio en relación al consumo de drogas en estudiantes. *J Child & Adol. Subs Abuse, 3*, 37-46.
- Sobell, L. C., Toneato, T., & Sobell, M. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy, 25*, 533 -580.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyckx, K. y Goossens, L. (2006). Parenting and adolescent problem behavior: An integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables. *Developmental Psychology, 42* (2), 305-318.
- Solivetti, L.-M. (2001), *Drug use criminalization v. decriminalization: an analysis in the light of the Italian experience* (pp. 75), Rome: University of Rome: Swiss Federal Office of Public Health.
- Solowij, N., Jones, K. A., Rozman, M. E., Davis, S. M., Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., Yucel, M. (2012). Reflection impulsivity in adolescent cannabis users: a comparison with alcohol-using and non-substance-using adolescents. *Psychopharmacology, 219* (2), 575-586.
- Song, E.Y., Reboussin, B.A., Foley, K.L., Kaltenbach, L.A., Wagoner, K.G., y Wolfson, M. (2009). Selected community characteristics and underage drinking. *Subst Use Misuse, 44*, 179-194.
- Spearman, C. (1910). Correlation calculated from faulty data. *British Journal of Psychology, 3*, 271-295

- Sprague, J. y Walker, H. (2000). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children*, 66(3), 367-379
- Stacy, A.W., Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1993) Cognitive motivations and sensation seeking as long-term predictors of drinking problems. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 12 , 1–24
- Stamler, J. (1978). Lifestyles, major risk factors, proof, and public policy. *Circulation*, 58: 3-19.
- Stevens, J. (1922). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum.
- Stevens ,M.M., Freeman, D.H., Mott, L. y Youells, F. (1996) Resultados a tres años de programas de prevención del consumo de marihuana: el estudio New Hampshire. *J. Drug Education*, 26, 257-273.
- Stevens, V., De Bourdeaudhuij, I., y Van Oost, P. (2002). Relationship of the family environment to children's involvement in bully/victim problems at school. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 419-428.
- Stewart, M..E., Ebmeier, K.P. y Deary, I.J. (2004). The structure of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire in the a British Sample. *Personality and Individual Differences*. 36. 1403-1418.
- Streiner, D. L. y Norman, G.R. (2003). *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use (3ª ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Subira, S., Obiols, J. E., Mitjavila, M., Cuxart, F. y Domenech Llavería, E. (1998). Prevalencia del síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 86-91.
- Suelves J. y Sánchez T. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 17(1):15-22.
- Svensson, R. (2000). Risk factors for different dimensions of adolescent drug use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 67–90.
- Swadi, H. (1992). Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 29, 253–254.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug Alcohol Depend.* 55, 209–224.
- Tarter, R.E. y Kirisci, L. (2001) Validity of the Drug Use Screening Inventory for Predicting DSM-III-R Substance Use Disorder. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10, 45-53
- Tarter, R.E. y Hegedus, A. (1991) The Drug Use Screening Inventory: Its application in the evaluation and treatment of alcohol and drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15, 65-75
- Taylor, J. E., Conard, M. W., Koetting O'Byrne, K., Haddock, C. K., y Poston, W. S. C. (2004). Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 190–196.
- Terracciano, A., Lockenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. K., & Costa, P. T. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 472–481.
- Thomas, R. (2003). School-based programmes for preventing smoking. (Cochrane review) in *The Cochrane library, Issue 4*, John Wiley y Sons Ltd, Chichester, UK.
- Tibbetts, S.G. y Whittimore, J.N. (2002) The Interactive Effects Of Low Self-Control And Commitment To School On Substance Abuse Among College Students. *Psychological Reports*, 90, 327-337
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275–336.
- Tobler, N., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. y Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programmes for marijuana use. *School Psychology International*, 20 (1), 105-137.
- Todd, F., Sellman, D. y Robertson, P. (2002). *Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 792–799.
- Tomás Miguel, J. M. y Oliver Germes, A. (2004). Análisis psicométrico confirmatorio de una medida multidimensional del autoconcepto en español. *Revista Interamericana de Psicología* , 38 (2), 285-293
- Torres Barzabal, L.M. y Hermosilla Rodríguez, J.M. (2012). El papel de la Educación en el tratamiento de la adicción a la tecnología. *Hekademos: revista educativa digital*, 12, 73-82.
- Torres, M.A. (1986). *Las drogas entre estudiantes de Bachillerato de la provincia de Valencia*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim.
- Bewley-Taylor, D., Blickman, T. y Jelsma, M. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis*. Transnational Institute (TNI). Amsterdam.

- Treloar, H.R., Morris, D.H., Pedersen, S.L., McCarthy, D.M. (2012). Direct and Indirect Effects of Impulsivity Traits on Drinking and Driving in Young Adults. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 73, 794–803
- Trudeau L., Lillehoj C., Spoth R. y Redmond C. (2003). The Role of Assertiveness and Decision Making in Early Adolescent Substance Initiation: Mediating Processes. *Journal of Research on Adolescence*. 13, 301-328.
- Tsuang, M.T., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J.M., Toomey, R., Faraone, S.V., Eaves, L. (1996) Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: a study of 3372 twin pairs. *Am J Med Genet.*, 67(5), 473-477.
- Urberg, K. y Robbins, R.L. (1981) Adolescents' perceptions of the costs and benefits associated with cigarette smoking: sex differences and peer influence. *Journal of youth an adolescence*, 10 (5) 353-361.
- Usó, J. C. (1996). *Drogas y cultura de masas*. Madrid: Taurus.
- Vallés Lorente, A. (1996). *Padres, hijos y drogas . Una estrategia de intervención psicológica para la prevención de las drogodependencias*. Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social.
- Van Ryzin, M.J. , Fosco, G.M. , Dishion, T.J. (2012) Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37, 1314-1324
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004) Escala de autoestima de Rosenberg. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Vermeulen-Smit, E. , Koning, I.M., Verdurmen, J.E.E., Van der Vorst, H., Engels, R.C.M.E. y Vollebergh, W.A.M. (2012). The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 37, 1248-1256.
- Vermeulen-Smit, E., Ter Bogt, T., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2012) The role of education, parents and peers in adolescent heavy episodic drinking. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19, 223-226 (doi:10.3109/09687637.2012.662542)
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez, J.A., y Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.
- von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler M. y Wittchen, H. (2002) What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49-64
- Webb, J.A., Bray, J.H., Getz, J.G. & Adams, G. (2002). Gender, perceived parental monitoring, and behavioral adjustment: Influences on adolescent alcohol use. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (3), 392-400.
- Weiss, L. H. and Schwarz, J. C. (1996), The Relationship between Parenting Types and Older Adolescents' Personality, Academic Achievement, Adjustment, and Substance Use. *Child Development*, 67: 2101–2114. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01846.x
- Weitzman, M., Byrd, R.S., Auinger, P., 1999. Black and white middle class children who have private health insurance in the United States. *Pediatrics* 104, 151–157.
- Wen, C. P., Tsai, S.P., Cheng, T.Y., Hsu, C.C., Chen, T. & Lin, H.S. (2005) Role of parents and peers in influencing the smoking status of high school students in Taiwan. *Tobacco Control*, 14(Suppl I), i10–i15.
- West, P. and Sweeting, H. (1997). "Lost souls" and "rebels": a challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education*, 5, 161–167.
- Whelan, et al (2014) Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*, 512 (185) doi:10.1038/nature13402
- White, B., Degenhardt, L., Breen, C., Bruno, R., Newman, J. & Proudfoot, P. (2006) Risk and benefit perceptions of party drug use. *Addictive Behaviors*, 31 (1), 137–142. DOI: 10.1016/j.addbeh.2005.04.003
- White, H.R., Marmorstein, N.R., Crews, F.T., Bates, M.E., Mun, E-Y. y Loeber, R. (2011). Associations between heavy episodic drinking and changes in impulsive behavior among adolescent boys. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 295-303.
- White, J. (2010) The contribution of parent–child interactions to smoking experimentation in adolescence: implications for prevention. *Health Education Research*, 27, 46–56
- Whiteside S. P. y Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.

- WHO. World Health organisation (2009). Report on the meeting on indicators for monitoring, alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substance attributable harm and societal responses. Valencia, Spain 19-21 October 2009
- Wills, T. A., Mcnamara, G. y Vaccaro, D. (1995) Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: development of a mediational model, *Health Psychology*, 14, 464- 478.
- Wills, T.W., Baker, E y Botvin, G.J. (1989) dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57 (4) 473-478.
- Wills, T. A. y Filer, M. (1996) Stress± coping model of adolescent substance use, *Advances in Clinical Child Psychology*, 18, 91-132
- Wills, T. A., Pierce, J. P. y Evans, R. I. (1996) Large-scale environmental risk factors for substance use. *American Behavioral Scientist*, 39, 808- 822.
- Winstanley, E.L., Steinwachs, D.M., Ensminger, M.E., Latkin, C.A., Stitzer, M.L. y Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 173–182.
- Wise, R.A. y Bozarth, M.A. (1987). A Psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*, 94, 469-492.
- Wittchen, H.U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R. , Bühringer, G. y Beesdo, K. (2008) What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1). 16–29 DOI: 10.1002/mpr.254
- Wolfing, K., Thalemann, R. & Grusser-Sinopoli ,S.M. (2008) Computer game addiction: a psychopathological symptom complex in adolescence. *Psychiatrische Praxis*, 35 (5), 226-232.
- Yabiku, S., Kulis, S., Marsiglia, F.F., Lewin, B., Nieri, T. y Hussaini, S. (2007) Neighborhood effects on the efficacy of a program to prevent youth alcohol use. *Subst Use Misuse*, 42:65-87.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P. y Kraft, M. (1993). A comparison of the three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65. 747-768.



Anexos

A continuación encontrarás una serie de preguntas, léelas con atención y contéstalas con sinceridad. El cuestionario es TOTALMENTE ANÓNIMO. No escribas tu nombre, tan solo indicarás una clave. Es imprescindible que respondas a cada pregunta con total sinceridad. No se trata de un test. No hay respuestas correctas o erróneas. Si no encuentras una respuesta que encaje exactamente con tu opinión marca la más próxima. Si alguna pregunta te resultase incómoda, puedes dejarla en blanco. Muchas gracias por tu participación.

Comienza indicando tu clave anónima, que se compone de dos letras y cuatro números.

Dos últimos números de tu portal _____ ,
 las 2 primeras letras de tu nombre: _____
 y dos últimos números de tu móvil _____ .

Por ejemplo **Juan** que vive en el **número 5** de la calle y tiene el teléfono 619 53 17 **31** sería **05 JU 31**

1.- Sexo: Hombre. Mujer.

2.- Edad: _____ (Años cumplidos).

3.- ¿En qué curso estás actualmente?: _____

4.- Cual fue tu nota media en el curso anterior

- Sobresaliente
 Aprobado
 Notable
 Suspendido
 Bien

5.- ¿Cual es el estado civil de tus padres?:

- Casados.
 Solteros.
 Viudo/a. No lo sé
 Separado/Divorciado.

6.- Cual es el nivel de estudios de tus padres.

(P = Padre // M = Madre)

	P	M
Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.-¿Cómo se llevan tus padres?:

- Muy bien. Mal.
 Bien. Muy mal.
 Regular. No se llevan

8.- ¿Cómo te llevas tú con tus padres?:

(P = Padre // M = Madre)

	P	M
Muy bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy mal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me llevo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.- ¿De cuánto dinero dispones a la semana?: _____ euros.

10.- ¿Cuanto dinero gastas a la semana? _____ euros

11.- ¿Con qué frecuencia has fumado **tabaco** (cigarrillos) durante los últimos 30 DIAS?

- a) No fumo
 b) Menos de un cigarrillo a la semana
 c) Menos de 1 cigarrillo al día g
 d) 1-5 cigarrillos al día.
 e) 6-10 cigarrillos al día.
 g) 11-20 al día
 h) Más de 20 cigarrillos al día

12.- ¿Con qué frecuencia has bebido alguna de las siguientes bebidas alcohólicas durante los últimos 30 DIAS?

0 1-2 3-5 6-9 10-19 20-39 40 o más

Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky, ron, vodka, tequila con o sin combinar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.- Indica en una escala del 1 al 10 cuanto te emborrachaste la última vez que bebiste alcohol.

(1 significa no sentí el efecto del alcohol y 10 completamente borracho)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 No bebo alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.- ¿Con qué frecuencia has consumido las siguientes drogas?

0 1-2 3-5 6-9 10-19 20-39 40 o más

Marihuana o hashis...							
a) durante tu vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extasis o drogas de síntesis							
a) durante tu vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas (speed, cristal)							
a) durante tu vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína							
a) durante tu vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.- ¿Cuántos años tenías cuando:

Nunca 9 o menos 10 11 12 13 14 15 16

a) Fumaste tu primer cigarrillo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Comenzaste a fumar a diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bebiste alcohol por primera vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La primera borrachera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Consumir alcohol habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Probaste por primera vez la marihuana o hashis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumar marihuana o hashis semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Probaste el extasis u otras drogas de síntesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Probar la cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.- ¿Cuántos euros calculas que has gastado en los últimos 30 días en

0 1-3 4-6 7-15 16-30 31-70 +70

Tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cánnabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas (speed, cristal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos (LSD, tripis, hongos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.- ¿Cuántos amigos tuyos calculas que consumen

Ninguno Unos Pocos Algunos La mayoría Todos

Tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cánnabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas (speed, cristal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos (LSD, tripis, hongos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indica con una cruz tu grado de acuerdo con las siguientes frases

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11a El fin de semana vuelvo a dormir a la hora que quiero sin avisar				
15a Si observo una injusticia, prefiero quedarme al margen.				
21a Consumir drogas aumenta el riesgo de que ocurran cosas peligrosas.				
11b Mis padres saben dónde estoy cuando salgo con mis amigos.				
5a Estudio porque la ley me obliga.				
9a En general, veo poco a mi padre.				
13a Si mis colegas se fugan una clase, yo me voy con ellos.				
2a Es fácil conseguir alcohol aunque sea menor de edad.				
19a Me gusta cuando me miro al espejo				
3.1.a Llevar marihuana o hachís es legal				
20a Fumar tabaco tiene efectos relajantes				
18a Soy capaz de tener charlas con desconocidos.				
8a Mis padres aceptan que beba alcohol con moderación				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9b Paso de mis padres.				
15b Puedo defender en una conversación que es mejor pasarlo bien sin beber alcohol.				
10a En casa es donde mejor se está.				
5b Saco buenas notas.				
12a En casa digo lo que pienso.				
8b Mis padres se enfadarían si se enterasen que yo fumo tabaco.				
19b Me siento inferior a los demás.				
17a Me gustaría practicar deportes de riesgo.				
13b Fumar me ayuda a relacionarme mejor con los amigos.				
7a Me gusta hacer excursiones con mi clase.				
3.1.b La legislación actual penaliza duramente el consumo de droga.				
1a Me gustaría vivir en un barrio mejor.				
21b El consumo de alcohol es uno de los grandes problemas de la juventud				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8c Si mi padre me pillase borracho/a, se enfadaría bastante				
18b Si alguien me atrae, me acerco y me presento.				
12b En casa nos repartimos el trabajo.				
6a Creo que los estudios son importantes para mi futuro.				
19c Debería adelgazar				
16a Antes de hacer algo, pienso en las consecuencias.				
20b El alcohol no se considera droga				
18c Me resulta fácil conocer gente				
11c Si suspendo alguna asignatura, mis padres se preocupan.				
5c Estudiando me siento útil.				
17b Me gusta la velocidad.				
9c En mi casa, nos juntamos toda la familia para cenar				
4a La mayoría de los chavales de mi edad ha probado el éxtasis				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
18d Soy tímido/a.				
20c El consumo de hachís reduce la capacidad de concentración				
21c Dos o tres cubatas afectan a la conducción				
13c Si un amigo me ofrece un cigarrillo, lo acepto				
6b Estudio para poder tener un trabajo que me guste.				
17c Esnifaría cocaína para saber que se siente				
9d Puedo confiar en mi padre cuando tengo un problema.				
9e Puedo confiar en mi madre cuando tengo un problema.				
19d La gente me pide ayuda porque le resuelvo problemas.				
15c Doy mi opinión a pesar de ser diferente a la de los demás				
17d Me gusta ir vestido diferente a los demás.				
12c En casa me obligan a hacer lo que no quiero.				
20d El consumo moderado de tabaco perjudica la salud.				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
14a En mi tiempo libre me gusta ir a la playa o a la montaña.				
21d Si controlas lo que te tomas, no tiene porque pasar nada.				
18e Me gusta hablar con mis amigo/as de mis problemas.				
15d Si alguien me molesta prefiero esperar a que se largue, en vez de decirselo.				
10b En mi familia se discute mucho				
14b Los fines de semana son más divertidos si te colocas.				
14c Los fines de semana suelo ir a bares, pubs, discos, etc.				
19e Me siento a gusto conmigo mismo.				
1b Soy afortunado por tener todo lo que necesito.				
12d Las normas familiares las discutimos y las ponemos en común.				
2b Conseguir cocaína resulta muy difícil para un chico de mi edad.				
18g Puedo confiar en mis amigo/as cuando tengo un problema.				
8d Mis padres me previenen sobre los riesgos de consumir droga				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
15e Expreso mi punto de vista ante mis compañeros de clase.				
18e Me cuesta mirar a los ojos cuando hablo.				
9f En mi familia hacemos actividades juntos durante el fin de semana				
19f Los problemas son oportunidades para demostrar lo que vales				
1c Vivo en un barrio pobre.				
20e Aún está por demostrar que el tabaco cause cáncer				
13d Si un amigo me ofreciera un "porro" lo aceptaría.				
13e Si mis amigos toman drogas, me cuesta decir "no" y también consumo.				
3.2.a La ley debería ser más dura con el consumo de drogas.				
4b La mayoría de los jóvenes de mi edad fuma tabaco				
18i Me cuesta relacionarme con los demás.				
14e Me gusta quedar con mis amigos para hacer deporte				
1d Vivo en un barrio sin posibilidad de actividades sanas				
2c Sabría a dónde dirigirme si quisiera comprar marihuana.				
5d Me gusta ir a clase.				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11d Pienso que mis padres son demasiado severos conmigo.				
11e Si volviera a casa borracho, mis padres se darían cuenta				
13f Mis amigos me animan a tomar drogas.				
9g En general, veo poco a mi madre.				
16b Hago cosas de las que luego me arrepiento.				
3.1.c La ley permite cultivar marihuana en casa.				
20f El consumo de anfetaminas aumenta la capacidad intelectual.				
14e En mi tiempo libre me gusta leer.				
4c La mayoría de los jóvenes de mi edad bebe el fin de semana.				
21e Fumar marihuana perjudica los resultados académicos.				
8e Si mi madre me pillase borracho/a, se enfadaría bastante.				
16c Soy demasiado impulsivo/a a la hora de tomar decisiones.				
6c Me gustaría ir a la universidad y estudiar una carrera.				
5e Me aburre estudiar.				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
7b Estaría dispuesto a apuntarme a actividades extraescolares después de clase				
20g La cocaína no causa dependencia.				
17d Hay que probar de todo para experimentar nuevas sensaciones.				
14f Me gusta hacer botellones los fines de semana con mis amigos				
4d El consumo de alcohol es muy frecuente entre la gente de mi edad				
6d Al terminar secundaria, quiero seguir estudiando				
18j Tengo muchos amigos/as.				
3.1.d En España está permitido el consumo de cualquier droga.				
20h El alcohol es un estimulante.				
8f Si mis padres me pillaran con hachís se enfadarían mucho.				
16d Digo las cosas sin pensar				
7c Me gustaría ser delegado de clase				
3.2.b La sociedad está a favor de la legalización de la marihuana				

